

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO



Saúde da Mulher

QUESTÕES DA PRÁTICA ASSISTENCIAL PARA MEDICINA



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

www.unasus.ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – ***Natalino Salgado Filho***

Vice-Reitor – ***Antonio José Silva Oliveira***

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – ***Fernando de
Carvalho Silva***

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – ***Nair Portela Silva Coutinho***

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - UFMA

Diretor – ***Othon de Carvalho Bastos Filho***

Coordenador Pedagógico – ***Reinaldo Portal Domingo***

Saúde da Mulher

QUESTÕES DA PRÁTICA ASSISTENCIAL PARA MEDICINA

Copyright @ UFMA/UNASUS, 2011

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

CRÉDITOS:

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Praça Gonçalves Dias No 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA)
da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Site: www.unasus.ufma.br

Normalização:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva. CRB 13a Região N0 Registro – 453.

Revisão técnica:

João Carlos Raposo Moreira, Judith Rafaelle Oliveira Pinho e Vinicius Mendes Albuquerque.

Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA

Saúde da mulher: questões da prática assistencial para enfermagem /Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes, Dayana Dourado de Oliveira Costa, Mayara Pereira da Silva (Org.). - São Luís, 2013.

87f. : il.

1. Saúde da mulher. 2. Medicina. 3. Promoção à saúde. 4. UNASUS/UFMA. I. Moreira, João Carlos Raposo. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Albuquerque, Vinicius Mendes. IV. Título.

613.9-055.2

SUMÁRIO

UNIDADE 1

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA.....	09
Atuação do profissional médico no planejamento família	10
Métodos contraceptivos	11
Sexualidade	17
Direito reprodutivo	18
Saúde sexual na Atenção Básica	20
Disfunções sexuais	22
DST/AIDS	24
A Atenção Básica no manejo do HIV e outras DSTs.....	25
A Equipe de Saúde da Família no manejo de DSTs e HIV	26
Abordagem Sindrômica das DST	27
A Atenção Básica no controle e acompanhamento do câncer de útero e mam	30
Câncer de mama	30
Câncer de colo de útero	33

UNIDADE 2

ATENÇÃO NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO	37
Diagnóstico da gravidez	41
Consultas	43
Roteiro da primeira consulta	43
Consultas subsequentes	46
Fatores de risco na gravidez	47
Exames de rotina	48
Ações realizadas durante o pré-natal.....	50
Avaliação do estado nutricional e ganho de peso durante a gestação	50
Cálculo da Idade Gestacional	50
Data provável do parto	51
Medida da altura uterine	52

Palpação obstétrica	52
Ausculda dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF)	53
Verificação da presença de edema	53
Prescrição nas queixas mais frequentes.....	53
Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétric.....	54
Ações educativas	56
Aleitamento materno.....	59
Vantagens do aleitamento materno.....	60
Manejo clínico da amamentação.....	61
Dificuldades mais frequentes.....	66

UNIDADE 3

ATENÇÃO HUMANIZADA EM SAÚDE DA MULHER.....	69
Atenção humanizada no puerpério.....	69
Ações gerais da assistência puerperal	70
Revisão puerperal.....	71
Principais complicações no puerpério.....	72
Atenção humanizada no climatério	73
Modificações orgânicas do climatério	74
Abordagem clínica.....	76
Prevenção e tratamento das distopias genitais	77
Câncer de mama	78
Hipotireoidismo	78
Doenças cardiovasculares	79
Obesidade	79
Diabetes Mellitus – DM	80
Transtornos psicossociais	80
Osteoporose.....	81
Atenção à saúde da mulher em situação de violência doméstica e sexual	83
Traumas físicos	87
Questões éticas e legais	87

Anticoncepção de emergência (ACE).....	90
Administração da medicação.....	91
Segurança e contraindicações.....	92
Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis não virais.....	92
Gravidez decorrente de violência sexual	93
 REFERÊNCIAS	 94
 ANEXOS.....	 106

UNIDADE 1

UNIDADE 1

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Com base no artigo 226 da Constituição Federal, a Lei 9.263, de janeiro de 1996, aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pela Presidência da República, regulamenta o planejamento familiar como direito de todo cidadão, estabelecendo instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, a garantir assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. É importante enfatizar que o planejamento familiar, com conhecimento dos métodos e livre escolha, é uma das ações da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, preconizada pelo Ministério da Saúde, desde 1984, quando ainda era PAISM (Política Integral de assistência a Saúde da mulher). Portanto, dentro dos princípios que regem esta política, os serviços devem garantir o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico ginecológico e ações educativas para que as escolhas sejam conscientes (BRASIL, 2002).



Assim sendo, o Planejamento Familiar está dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos/as.

Saiba mais:

Leia a Lei 9.263 de Janeiro de 1996.

Acesse:

< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm

>.

Atuação do profissional médico no planejamento familiar

A atuação do profissional médico tem grande importância na atenção básica, pois suas ações influenciam direta e indiretamente nos fatores que afetam a ocorrência da gravidez. A atuação destes profissionais envolve atividades educativas, atividades clínicas, atividades de acompanhamento e aconselhamento. Estas atividades devem ser desenvolvidas de forma integrada com a equipe da Estratégia Saúde da Família, de forma a oportunizar práticas de ações educativas e outras práticas que abranjam todos os aspectos da saúde integral da mulher.

IMPORTANTE:

O planejamento familiar como ação programática na atenção básica deve considerar a unidade familiar e não apenas a mulher. A fase do ciclo de vida da família deve ser avaliada, bem como suas crenças, valores e tradições.



REFLITA COMIGO:

As ações educativas em sua unidade de saúde são planejadas de forma integrada? Toda equipe participa? Existe planejamento prévio?

Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes." Acesse: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Polit_Nac_At_In_Saude_Mulher_Princ_Diretr.pdf

Métodos contraceptivos

O Sistema Único de Saúde (SUS) reforçou a assistência ao planejamento familiar em 2007, com a Política de Planejamento Familiar, aumentando o acesso a vasectomias e laqueaduras, ampliando a distribuição de preservativos e facilitando a venda de anticoncepcionais orais e injetáveis através da Farmácia Popular. Atualmente, as mulheres em idade fértil podem contar com oito métodos contraceptivos disponibilizados pelo SUS.



REFLITA COMIGO:

Em sua unidade básica existe teste rápido de gravidez? Se existir, o que é feito no momento do resultado para que a mulher tenha acesso aos devidos cuidados?

Para saber mais, leia: “Diretrizes gerais e operacionais da rede cegonha”. Acesse: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082

Para decisão do método anticoncepcional a ser utilizado, deve-se levar em consideração a eficácia do método, efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade, proteção às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e infecção pelo HIV, condições econômicas, características da personalidade da mulher e/ou do homem, fase da vida, padrão de comportamento sexual, aspirações reprodutivas, medo, dúvidas e vergonha, estado de saúde e critérios clínicos.

Para saber mais, leia: “Critérios de elegibilidade para uso dos métodos anticoncepcionais”. Acesse: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/073.pdf>

Os métodos anticoncepcionais reversíveis adquiridos atualmente pelo Ministério da Saúde para serem oferecidos à rede de serviços do SUS são (BRASIL, 2002):

Pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg)

Minipílula (noretisterona 0,35 mg)

Pílula anticoncepcional de emergência (levonorgestrel 0,75 mg)

Injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg)

Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg)

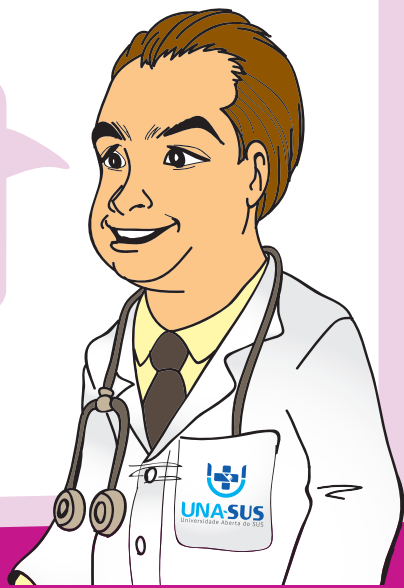
Preservativo masculino

Diafragma

DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre)

REFLITA COMIGO:

Se a mulher apresentar atraso menstrual, mas não tem diagnóstico laboratorial de certeza de gravidez, e mesmo assim necessitar usar a anticoncepção de emergência, qual a conduta ideal de ser adotada?



Para saber mais, leia: “Relação Nacional de medicamentos essenciais – RENAME” e “Contracepção de emergência”. Acesse:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/renome2008final.pdf>
<http://www.apf.pt/?area=001&mid=002&sid=004>

LEIA TAMBÉM:

“Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde” e “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2012.

VAMOS PRATICAR?

Partindo de uma visão geral dos métodos contraceptivos, preencha as lacunas abaixo.

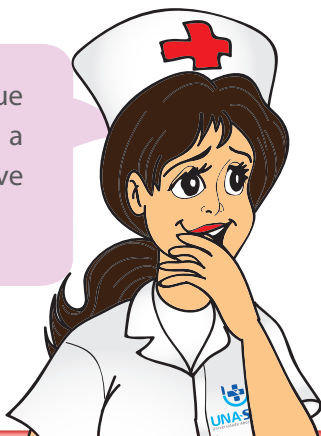


Método	Vantagens	Desvantagens	Riscos	Benefícios não-contraceptivos
Contraceção de emergência (Levonogestrel)		Uso frequente perturba a menstruação		
Pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg).				
Minipílula (noretisterona 0,35 mg)				
Injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg)				
Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg)				
Preservativo masculino ou feminino				
Diafragma				
DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre)				
Laquedura				
Vasectomia				

A assistência médica no planejamento familiar na atenção básica pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais, bem como o conhecimento de suas indicações, contraindicações e implicações de prescrição e uso, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte.

PARA LEMBRAR!

O Ministério da Saúde esclarece que a atuação do profissional de saúde durante a primeira consulta e consultas subsequentes deve ser pautada nos seguintes itens (BRASIL, 2002):



Incluir na anamnese a investigação de todas as condições que contraindiquem o uso da pílula e ou outros métodos;

Fazer exame físico geral, exame de mamas e exame ginecológico, com especial atenção às condições que contraindiquem o uso de algum dos métodos;

Explicar detalhadamente a técnica adequada de uso do método; pílula combinada ou minipílula, camisinha masculina ou feminina, injetáveis e outros, de acordo com os antecedentes e as circunstâncias individuais de cada mulher ou do casal;

Esclarecer à mulher as intercorrências em caso de uso de pílula ou de outros métodos;

Encaminhar a mulher ou casal para procurar o serviço de saúde em caso de surgimento de alguma intercorrência durante o uso dos métodos;

Recomendar à mulher que informe o uso da pílula sempre que for a qualquer consulta médica, mesmo que isso não lhe seja perguntado;

Orientar que é absolutamente necessária a procura de assistência médica imediata no serviço de emergência ou hospital, quando do aparecimento de sintomas atípicos: Aparecimento ou agravamento de cefaléia com sinais neurológicos, hemorragias, dor abdominal de causa indeterminada, alteração visual de aparecimento súbito, dor torácica ou de membros inferiores de aparecimento súbito;

Agendar retorno dentro de 30 dias

Reforçar o aconselhamento. A usuária do método deve ser orientada para uso de preservativo masculino ou feminino de forma a reduzir o risco de infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (dupla proteção);

As consultas de retorno devem ser feitas sempre pelo médico, desde que necessite de prescrição e de investigação de intercorrências clínicas e/ou do desenvolvimento de condições que possam constituir contraindicações à continuidade de uso do método.

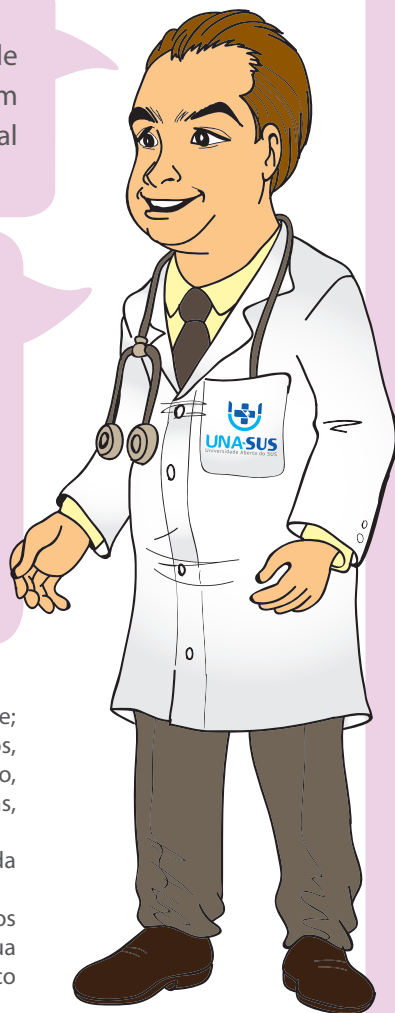
REFLITA COMIGO!

É possível avaliar a efetividade de um método contraceptivo sem levar em consideração o perfil sócio econômico, cultural e estado de saúde do cliente?

FIQUE SABENDO:

Segundo Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em seu anexo I, dispõe sobre os princípios e diretrizes gerais para atenção básica, além das atribuições do profissional médico neste programa:

Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade;
Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);
Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;
Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
Contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2012).



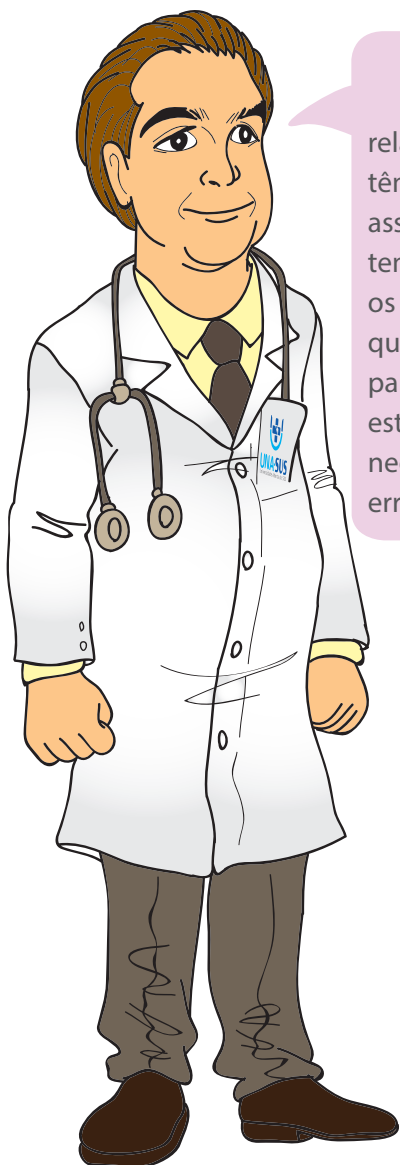
Para saber mais, leia: Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Acesse: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Sexualidade

A resposta sexual é mediada pela complexa interação de fatores psicológicos, interpessoais, ambientais e biológicos. Outros fatores que podem afetar a resposta sexual incluem; idade, duração e qualidade do relacionamento, fatores psicológicos pessoais decorrentes dos relacionamentos com os pais na infância, perdas anteriores, traumas e forma de lidar com emoções em geral, doenças, uso de medicamentos, álcool e drogas ilícitas (BEREK, 2012).

A sexualidade envolve não somente a prática sexual vai além do físico, perpassando os sentimentos, a história de vida, os costumes, as relações afetivas e a cultura, é uma dimensão fundamental de todas as etapas da vida de homens e mulheres, presente desde o nascimento até a morte, abarcando aspectos físicos, psicoemocionais e socioculturais.

De acordo com as definições da OMS, a sexualidade é vivida e expressa por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006). Desta forma, é fundamental que o profissional de saúde valorize o diálogo com o cliente, promovendo e incentivando o autoconhecimento, que implicará na busca do conhecimento de seu próprio corpo, o entendimento de seus valores, o modo de ver e viver a vida e as relações com os outros.



REFLITA COMIGO!

Apesar da importância das questões relativas à sexualidade, muitos homens e mulheres têm dificuldade em conversar com o médico sobre assuntos sexuais. Você, como profissional médico, tem dificuldade em discutir questões sexuais com os usuários dos serviços de saúde? Durante os questionamentos, você aproveita a oportunidade para informar os pacientes sobre o risco de DSTs, estimular as práticas sexuais seguras, avaliar necessidade de contracepção, desfazer ideias erradas e identificar disfunções sexuais?

Direito reprodutivo

Em 1948, a Organização das Nações Unidas (ONU), a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, afirma uma série de convenções internacionais nas quais são estabelecidos estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle que garantam um elenco de direitos considerados básicos à vida digna, os chamados Direitos Humanos. O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são considerados Direitos Humanos fundamentais. Respeitar esses direitos é promover a vida em sociedade, sem discriminação de classe social, de cultura, de religião, de raça, de etnia, de orientação sexual (BRASIL, 2006):

Os direitos sexuais

- Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a).
- Direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual.
- Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
- Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física.
- Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.
- Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras.
- Direito de ter relação sexual independente da reprodução.
- Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS.
- Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação.
- Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Os direitos reprodutivos

- Direito das pessoas de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.
- Direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.
- Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência

Segundo publicação do Ministério da Saúde apud CORRÊA; ALVES; JANNUZI (2006), estudos sobre demografia, direitos individuais não eram preocupações incorporadas na análise de problemas populacionais e muito menos nas questões sexuais e reprodutivas que estavam confinadas ao mundo doméstico e privado, não sendo objeto de políticas públicas. Somente nas décadas 50 e 60, quando houve uma atenção voltada para o aumento da população e os problemas que isso traria, os formuladores de políticas passaram a defender a disseminação de métodos anticoncepcionais, mesmo que contrariando os interesses individuais. Nesse contexto, os movimentos feministas sempre colocaram como pontos fundamentais o direito de escolha e a liberdade de decisão das mulheres nos assuntos sexuais e reprodutivos.

IMPORTANTE:

Marcos internacionais que definiram os direitos sexuais e os direitos e reprodutivos: Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994; IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, Pequim, em 1995.

PARA SABER MAIS, Leia:

“Saúde sexual e saúde reprodutiva”. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26), publicada pelo Ministério da Saúde em 2009. Acesse: http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/noticias/542/CAB_Saude_Sexual_e_Reprodutiva.pdf

Saúde sexual na Atenção Básica

É de extrema importância que a abordagem do profissional de saúde, durante os atendimentos na unidade, seja centrada na pessoa, contrapondo a abordagem centrada na doença, característica do modelo biomédico de atenção à saúde. A saúde sexual é um tema importante a ser incorporado às ações desenvolvidas na unidade, com a finalidade de contribuir para uma melhor qualidade de vida e de saúde das pessoas.

As equipes da Estratégia Saúde da Família têm um papel fundamental na promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva e na identificação das dificuldades e disfunções sexuais, tendo em vista a sua atuação mais próxima das pessoas em seu contexto familiar e social.

A resposta sexual saudável definida pela Associação Psiquiátrica Americana (2002) possui 4 etapas, conforme mostra o diagrama abaixo:

Fase de desejo sexual



- Múltiplos neurotransmissores, peptídeos e hormônios modulam o desejo e a excitação subjetiva. As substâncias que promovem a resposta sexual incluem noradrenalina, dopamina, ocitocina e serotonina (BEREK & NOVAK, 2012). As fontes que estimulam o desejo sexual variam, porém muito fatores podem influenciar negativamente no desejo sexual, como estar doente, deprimido (a), ansioso(a), achar que sexo é errado, estar com raiva do(a) parceiro(a), sentir-se explorado(a) de alguma forma pelo(a) outro(a), ter medo do envolvimento afetivo, entre outros.

Fase de excitação



- Fase de preparação para o ato sexual, desencadeada pelo desejo. Estímulos psicológicos e físicos que podem levar à excitação.

Fase de orgasmo



- No homem, junto com o prazer, ocorre a sensação de não conseguir mais segurar a ejaculação e, então, ela ocorre. Na mulher, ocorrem contrações musculares rítmicas em volta da entrada da vagina.

Fase de resolução

- Período em que o organismo retorna às condições físicas e emocionais normais.

**REFLITA COMIGO!**

Múltiplos aspectos e circunstâncias femininas podem influenciar sua disfunção sexual e um dos mais importantes é a disfunção sexual do parceiro masculino. Você, como profissional da ESF, de que forma trabalharia com esta questão?

Disfunções sexuais

As disfunções sexuais são problemas que ocorrem em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual como, por exemplo, homens que não tenham ereção ou tenham ejaculação precoce, mulheres que nunca tiveram ou frequentemente não tenham orgasmo. Diante desses problemas, o profissional da atenção básica deve estar preparado para avaliar, diagnosticar e orientar o cliente ao tratamento adequado de acordo com seu problema.

O diagnóstico das disfunções sexuais é tão importante quanto a identificação de qualquer outro agravo à saúde e de suma relevância, uma vez que interferem na qualidade de vida das pessoas.

IMPORTANTE:

Alguns medicamentos que interferem na resposta sexual: anti-hipertensivos (B-bloqueadores, tiazídicos); antidepressivos serotoninérgicos; lítio, antipsicóticos, anti-histamínicos, narcóticos, benzodiazepínicos, cocaína, álcool, anticonvulsivantes (BEREK, 2012).

IMPORTANTE:

Durante a consulta, devem ser investigados aspectos como: os dados da anamnese, condições do(a) parceiro(a) e o contexto da relação, distinção entre disfunção primária (ao longo da vida) e secundária (adquirida), bem como entre disfunção generalizada, presente com qualquer parceria, e situacional, presente em determinadas circunstâncias e/ou parcerias, uso de álcool e drogas, aspectos psicológicos - tabus sobre a própria sexualidade, associações de sexo com pecado, com desobediência ou com punições, baixa autoestima, fobias relacionadas ao ato sexual, a não aceitação da própria orientação sexual, entre outros, dificuldades no relacionamento com o parceiro, questões decorrentes de trauma, condições gerais de saúde (BEREK, 2012).

DIAGNÓSTICO	DEFINIÇÃO
Distúrbio do desejo/interesse sexual	Ausência ou diminuição dos sentimentos de interesse ou desejo sexual, ausência de pensamentos ou fantasias sexuais e ausência de desejo receptivo.
Transtorno da excitação sexual combinada	Ausência ou grande redução dos sentimentos de entusiasmo sexual (excitação ou prazer sexual) por qualquer tipo de estimulação e ausência ou redução da excitação sexual genital.
Transtorno da excitação sexual subjetiva	Ausência ou grande redução dos sentimentos de entusiasmo sexual (excitação ou prazer sexual) por qualquer tipo de estimulação. Ainda há excitação sexual subjetiva por estímulos sexuais não-genitais.
Transtorno de excitação genital	Ausência ou redução de excitação sexual genital – turgescência vulvar ou lubrificação vaginal mínima por qualquer tipo de estimulação sexual e redução das sensações sexuais provocadas por carícias nos órgãos sexuais.

Transtorno orgásmico	Falta de orgasmo, redução acentuada da intensidade das sensações orgásmicas ou retardo acentuado do orgasmo por qualquer tipo de estimulação.
Vaginismo	Dificuldade persistente ou recorrente das mulheres para permitir penetração de um pênis, dedo ou qualquer objeto, apesar do desejo expresso de fazê-lo. Anormalidades estruturais e ou outras anormalidades físicas devem ser identificadas e tratadas.
Dispareunia	Dor persistente ou recorrente com tentativa de penetração.

Há duas advertências importantes a respeito de prevalência de disfunções sexuais: primeira, a comorbidade é típica, e a segunda, nem todas as mulheres que relatam falta de interesse/desejo/entusiasmo/orgasmo veem isso como problema ou sofrem com isso (BEREK, 2012).

DST/AIDS

A natureza dinâmica dos comportamentos individuais e a interação com dimensões socioeconômicas e culturais, incorporou-se o conceito de vulnerabilidade, favorecendo estratégias mais efetivas de prevenção de DSTs e Aids. A atenção básica é o ponto de partida para as ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, devendo assistir a população de forma contínua e resolutiva, e referenciando os doentes, quando necessário, aos serviços de referência, com agilidade e precisão.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo, sendo atualmente consideradas o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV. As ações da Atenção Básica devem incluir: atividades educativas para promoção à saúde e prevenção,

aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída e às recomendações da assistência, diagnóstico precoce das DSTs, infecção pelo HIV, hepatites e tratamento adequado da grande maioria das DSTs, encaminhamento dos casos que não competem a esse nível de atenção, realizando acompanhamento conjunto, prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV, manejo adequado dos indivíduos em uso indevido de drogas.



REFLITA COMIGO!

A organização dos serviços de seu município promove bom acesso àqueles que buscam o serviço de saúde, procurando identificar os clientes em situação de maior vulnerabilidade, garantindo atendimento humanizado e resolutivo? Como funciona esse fluxo em relação às DSTs e HIV/aids?

A Atenção Básica no manejo do HIV e outras DSTs

A equipe de Estratégia Saúde da Família deve realizar uma abordagem multidisciplinar integrada, de forma a desenvolver ações adequadas de promoção à saúde e prevenção, diagnóstico e assistência, para os pacientes, seus familiares e a comunidade. As ações devem incluir promoção à saúde, prevenção e assistência, garantindo o acesso a aconselhamento, abordagem clínico-diagnóstica, cuidados de Enfermagem, apoio e suporte social. Para isso a, Atenção Básica deve:

- Organizar papéis e funções para cada nível de atendimento;
- Estabelecer os fluxos de referência e contra referência;
- Disponibilizar os insumos necessários para prevenção, diagnóstico e tratamento;
- Garantir a qualificação dos profissionais para identificar e atender às necessidades da população (BRASIL, 2006).

**REFLITA COMIGO!**

Quais as atribuições da ESF no atendimento aos portadores de HIV/aids e outras DSTs. Qual a relação que sua equipe estabelece com a vigilância epidemiológica do município?

A Equipe de Saúde da Família no manejo de DSTs e HIV

As atribuições da equipe de ESF no atendimento aos portadores de HIV/aids e outras DSTs se apoiam nas seguintes diretrizes:

Contribuir para a superação do preconceito e discriminação que envolvem as questões relacionadas à sexualidade, ao uso de drogas etc.;

Promover a inserção social das pessoas vivendo com HIV/aids;

Aumentar a conscientização da população em relação à promoção, prevenção, diagnóstico e assistência a esses agravos;

Garantir acesso e atendimento às populações mais vulneráveis para essas infecções;

Atuar de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados no tratamento de pessoas com esses agravos;

Identificar e desenvolver ações em parceria com os serviços existentes na comunidade (casas de apoio, casas de passagem) (BRASIL, 2006).

Abordagem sindrômica das DSTs

As infecções de transmissão sexual podem permanecer assintomáticas ou evoluir para doenças sintomáticas como uretrites, cervicites, úlceras e verrugas genitais, isso, associado a um alto índice de automedicação, torna o problema ainda maior, já que muitos dos

casos não recebem orientação e tratamento adequados, tornando-se subclínicos e permanecendo transmissores (BRASIL, 2006).

O atendimento de pacientes com DSTs tem como objetivos: interromper a cadeia de transmissão da forma mais efetiva e imediata possível, evitar as complicações advindas das DSTs, assim como a transmissão do HIV, a regressão imediata dos sintomas, tentando prover na primeira consulta o diagnóstico, o tratamento e o aconselhamento adequados. Segundo o Ministério da Saúde, os fluxogramas, instrumentos específicos já desenvolvidos e testados, auxiliarão o profissional da atenção básica, que realiza o atendimento, na tomada de decisões para o diagnóstico de DSTs (BRASIL, 2006). Dentre os fluxogramas, citam-se:

FLUXOGRAMAS	ÚLCERA GENITAL - vide fluxograma (ANEXO A)
	CORRIMENTO URETRAL E CORRIMENTO CERVICAL - vide fluxograma (ANEXO B)
	CORRIMENTO VAGINAL - vide fluxograma (ANEXO C)
	DOR PÉLVICA - vide fluxograma (ANEXO D)

IMPORTANTE:

Lembrar que no atendimento de pessoa com DST, o profissional de saúde deverá incluir: exame clínico-genital minucioso, visando à busca de outras DSTs coexistentes, aconselhamento que permita a percepção e a adoção de práticas para a redução de risco como, por exemplo, o uso de preservativos, oferecimento do teste anti-HIV e de sífilis, orientações para adesão ao tratamento instituído e às outras recomendações, diagnóstico e tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is), Notificação do caso.

O Ministério da Saúde orienta a conduta terapêutica para esses agravos através de fluxogramas contidos nos manuais, que auxiliam a equipe a realizar o atendimento na tomada de decisões para o diagnóstico das DSTs. Seguindo os passos dos fluxogramas, a equipe estará habilitada a fazer o diagnóstico sindrômico, iniciar o tratamento imediatamente, realizar aconselhamento para a testagem para o HIV (anti-HIV) e sífilis (VDRL), estimular a adesão ao tratamento, orientar uso de preservativos (masculino ou feminino)

com vistas à redução de riscos de reinfecção e transmissão para o (s) parceiros (s) sexual (is), convocar o (os) parceiro (s) para o diagnóstico e o tratamento de DST e infecção pelo HIV (BRASIL, 2006).

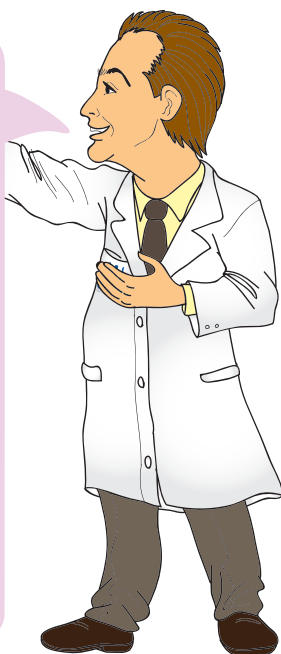
<http://www.aids.gov.br/publicacao/manual-de-controle-das-doencas-sexualmente-transmissiveis> e leia o “Manual de controle das DSTs”

leia: “HIV/Aids, hepatites e outras DST” publicada pelo Ministério da Saúde em 2006. Acesse:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abacad18.pdf>

REFLITA COMIGO!

1. Como a ESF pode organizar adequadamente a prevenção e a assistência às DSTs/HIV/aids?
2. Como são feitas as notificações dos casos?
3. Existe um sistema de referência/contrarreferência? Em caso de resposta negativa, como estabelecer esse sistema para garantir a integralidade da atenção as DSTs, HIV/AIDS, hepatites?
4. Qual a contribuição da equipe para melhorar a vigilância epidemiológica na sua área de abrangência?
5. Como a equipe pode usar a vigilância epidemiológica para melhorar a sua atuação?



Durante o atendimento dos pacientes com DSTs, deve ser oferecido: aconselhamento e solicitação de sorologias anti-HIV, VDRL, hepatite B e C, se disponíveis, vacinar contra hepatite B, enfatizar a adesão ao tratamento, orientar para conclusão do tratamento mesmo se os sintomas ou sinais tiverem desaparecido, informar quanto à necessidade de interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas,

oferecer preservativos, orientando sobre as técnicas de uso, encorajar a mulher a comunicar a(os) seus/suas últimos/as parceiro/as sexuais para que possam ser atendidos e tratados, notificar o caso no formulário apropriado, recomendar o retorno ao serviço de saúde se voltar a ter problemas genitais (BRASIL, 2006).



REFLITA COMIGO!

1. Como as atividades educativas e de aconselhamento para casos de DSTs poderão ser incluídas na rotina de sua UBS?
2. Que recursos de laboratório poderão estar disponíveis, no momento da consulta de um (a) portador(a) de DSTs, em sua UBS?
3. Que estratégias serão utilizadas para garantir o acesso ao tratamento dos casos de DSTs?
4. Qual a contribuição da equipe de ESF para melhorar a notificação dos casos de DSTs na sua área de atuação?
5. Com base no perfil epidemiológico da área de atuação de sua equipe de saúde, quais os principais características desses agravos no nível local?
6. Como a equipe da ESF usa as informações da Vigilância Epidemiológica para melhorar a sua atuação na prevenção de DSTs e HIV?
7. Quais as dificuldades locais para o desenvolvimento do fluxo de informação?

A incidência e a mortalidade por câncer nas mulheres é de fundamental importância para o conhecimento epidemiológico deste agravo, desde os aspectos etiológicos até os fatores prognósticos envolvidos em cada tipo específico de neoplasia maligna.

Para saber mais, acesse: Instituto Nacional de Câncer (INCA) www.inca.gov.br

A Atenção Básica no controle e acompanhamento do câncer de útero e mama

A equipe multiprofissional é de extrema importância no planejamento e execução de ações que impactem sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama. A integração da equipe multiprofissional possibilita a construção de práticas e novos saberes a partir da prática do outro.

Câncer de mama

O câncer de mama, segundo o INCA (2012), é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados.

O risco de câncer de mama aumenta com a história familiar positiva e o uso de hormonioterapia. O câncer de mama pode ser *in situ* (*carcinoma ductal in situ* ou *carcinoma lobular in situ*) ou *invasivo* (*carcinoma ductal infiltrativo*, *carcinoma lobular infiltrativo*). Menos de 1% de todos os cânceres de mama ocorrem em mulheres com menos de 25 anos de idade. Após os 30 anos, há um nítido aumento da incidência da doença (BEREK, 2012).

Para saber mais, acesse:

<<http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>>.

“Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres de Colo Uterino e da Mama” <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_cancer_colo_uterio_mama.pdf>.

Fatores de risco para o câncer de mama

De acordo com Barros; Barbosa; Gebrin (2001), os fatores de risco para câncer de mama são:



Risco muito elevado

- Mãe ou irmã com câncer de mama na pré-menopausa
- Antecedente de hiperplasia epitelial atípica ou neoplasia lobular in situ
- Suscetibilidade genética comprovada (mutação de BRCA1-2)

Risco medianamente elevado

- Mãe ou irmã com câncer de mama na pós-menopausa
- Nuliparidade
- Antecedente de hiperplasia epitelial sem atípia ou macrocistos apócrinos

Risco pouco elevado

- Menarca precoce (≤ 12 anos)
- Menopausa tardia (≥ 55 anos)
- Primeira gestação de termo depois de 34 anos
- Obesidade
- Dieta gordurosa
- Sedentarismo
- Terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos
- Ingestão alcoólica excessiva

Prevenção

▪ Exame Clínico das Mamas: para todas as mulheres, a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual - Exame Clínico das Mamas (ECM) é um procedimento realizado por um médico ou enfermeiro treinado para esta ação. No exame, podem ser identificadas alterações na mama e, se for indicado, serão realizados exames complementares.

▪ Exame Clínico das Mamas e Mamografia Anual: para mulheres a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos

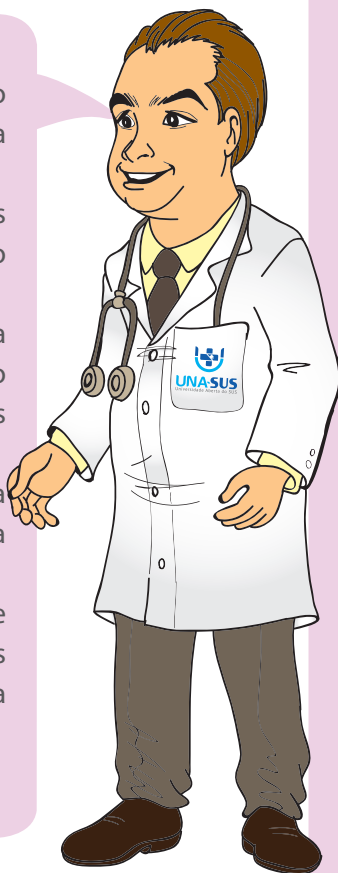
populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama, e para mulheres entre 50 a 69 anos de idade, com intervalo máximo de 02 anos entre os exames.

- Auto-exame das mamas.

A Unidade Básica de Saúde deve estar organizada para receber e realizar o exame clínico das mamas das mulheres, solicitar exames mamográficos para as mulheres em situação de risco, receber resultados e encaminhar aquelas cujo resultado mamográfico ou cujo exame clínico indiquem necessidade de maior investigação.

REFLITA COMIGO!:

1. Na unidade de saúde onde você atua são realizadas ações educativas sobre câncer de mama e colo de útero? Toda a equipe participa?
2. É realizada busca ativa, na população alvo, das mulheres que nunca realizaram o Exame Clínico das Mamas e o exame Papanicolaou?
3. Os casos suspeitos são encaminhados para unidade de referência? Após encaminhamento dessas pacientes, existe um acompanhamento dos casos que foram encaminhados para a referência?
4. Qual a contribuição da equipe de ESF para melhorar a notificação dos casos de HPV na sua área de atuação?
5. Com base no perfil epidemiológico da área de atuação de sua equipe de saúde, quais os principais características dos casos de câncer de colo e mama no nível local?



Câncer de colo uterino

O câncer invasivo do colo é considerado uma doença evitável, por que seu estado pré-invasivo é longo, diante disso em março de 2011 foi lançado pelo Ministério da Saúde um plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, cujos eixos são: controle do câncer do colo do útero, controle do câncer de mama e ampliação e qualificação da assistência oncológica. Para o controle do câncer de colo do útero, os objetivos do plano são: garantir o acesso ao exame preventivo às mulheres de 25 a 64 anos e qualificar o diagnóstico e tratamento das lesões precursoras (BEREK, 2012).

Segundo estudos de prevalência, mulheres com DST apresentam lesões precursoras do câncer do colo do útero cinco vezes mais que as mulheres que não apresentam DST. Portanto, essas mulheres têm maior risco para câncer do colo do útero, principalmente se houver infecção pelo HPV (papilomavírus humano). Os autores Berek (2012) cita alguns fatores de risco para câncer cervical:

- Primeira relação sexual em idade jovem (menor de 16 anos)
- Tabagismo
- Raça
- Paridade elevada
- Baixa condição socioeconômica
- Infecção pelo Papiloma Vírus Humano – HPV -, sendo esse o principal fator de risco
- Multiplicidade de parceiros sexuais
- Imunossupressão
- Uso prolongado de contraceptivos orais

Para saber mais, leia: “Controle dos cânceres do colo do útero e da mama”, publicada pelo Ministério da Saúde em 2006. Acesse:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_cancer_colo_uterio_mama.pdf.

De acordo com o INCA, os subtipos oncogênicos do vírus HPV relacionados com o câncer de colo uterino são os HPV-16 e o HPV-18,

responsáveis por 70% dos cânceres cervicais. Aproximadamente 291 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV, sendo que 32% estão infectadas pelos subtipos 16, 18 ou ambos (INCA, 2013 apud DE SANJOSÉ, 2007).

A efetividade da detecção precoce através do exame citopatológico cervico-vaginal ou “Papanicolaou” associado ao tratamento em seus estágios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, quando o rastreamento apresenta boa cobertura – 80% – e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer (INCA, 2013 apud DE SANJOSÉ, 2007).

História natural do câncer de colo de útero

Os estudos têm demonstrado que, na ausência de tratamento, o tempo mediano entre a detecção de HPV, NIC I e o desenvolvimento de carcinoma *in situ* é de 58 meses, enquanto para NIC II esse tempo é de 38 meses e para NIC III, de 12 meses. Em geral, estima-se que a maior parte das lesões de baixo grau regredirá espontaneamente, enquanto cerca de 40% das lesões de alto grau não tratadas evoluirão para câncer invasor em um período médio de 10 anos (BRASIL, 2006a).

Papanicolaou

- Classe I Ausência de células atípicas ou anormais
- Classe II Citologia atípica sem evidência de malignidade
- Classe III Citologia sugestiva de malignidade
- Classe IV Citologia muito suspeita de malignidade
- Classe V Citologia conclusiva de malignidade (BRASIL, 2006b).

Richart e Barron: Neoplasia Intraepitelial Cervical

- ✓ Grau I Displasia leve
- ✓ Grau II Displasia moderada

- ✓ Grau III Displasia Acentuada
- ✓ Grau IV Carcinoma “in situ”

Richart: Neoplasia Intraepitelial Cervical

- ✓ Grau I Displasia leve
- ✓ Grau II Displasia moderada
- ✓ (BRASIL, 2006b)

Para saber mais, acesse:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/palestras/cancer/nomenclatura_brasileira.pdf

>. <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/Nomenclatura_colo_do_uterio.pdf

UNIDADE 2

UNIDADE 2

ATENÇÃO NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

No geral, 90% das gestações evoluem sem complicações, sendo então chamadas de gestação de baixo risco, somente uma pequena parcela das gestantes (10%) podem ter intercorrências desfavoráveis durante a gestação (FREITAS, 2006).

Esse dado reflete diretamente a importância da atuação das equipes de saúde da família no processo de acompanhamento dessas futuras mães.



Nesse contexto, o Ministério da saúde afirma que o principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006). A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, impedindo um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido.



Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família.

Sabe-se que a atenção obstétrica e neonatal devem pleitear características essenciais como qualidade e a humanização do serviço, que poderão ser materializadas através da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção (BRASIL, 2006c).

A sistematização dessa assistência tem seu ponto de partida em 2011, pois para reforçar a política de humanização da assistência à saúde da mulher é criada a Rede Cegonha, uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, e às crianças, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Para assegurar a proteção, a promoção e o suporte necessário para um cuidado perinatal efetivo, a Organização Mundial de Saúde divulgou **dez princípios essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal** baseada em uma revisão sistemática de estudos controlados e da aplicação dos conceitos da Medicina Baseada em Evidências, elencados abaixo:



Não ser medicalizado, o que significa que o cuidado fundamental deve ser previsto, utilizando conjunto mínimo de intervenções que seja realmente necessário;

Ser baseado no uso de tecnologia apropriada, o que se define como conjunto de ações que inclui métodos, procedimentos, tecnologia, equipamento e outras ferramentas, todas aplicadas para resolver um problema específico;



Ser baseado em evidências, o que significa ser embasado pela melhor evidência científica disponível;



Ser regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência de centros de cuidado primário para centros de cuidado secundário e terciário;

Ser multidisciplinar e multiprofissional, com a participação de médicos(as), enfermeiras(os), técnicos(as) de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, parteiras tradicionais e cientistas;

Ser integral e levar em conta necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias, e não somente um cuidado biológico;



Estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas do casal;

Ser apropriado, tendo em conta as diferentes pautas culturais para permitir lograr seus objetivos;



Compartilhar a tomada de decisão com as mulheres;

Respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres (BRASIL, 2006c).

**REFLITA COMIGO!**

Analisando os dez princípios essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal, que foram instituídos em 2006, você acredita que há necessidades não contempladas quando da sua idealização? Os profissionais inseridos no processo são suficientes?

Dentre as competências do médico na assistência ao pré-natal de baixo risco, o Ministério da Saúde ressalta (BRASIL, 2006c):

Competências do Médico na assistência ao pré-natal de baixo (BRASIL, 2006c):

Realiza consulta de pré-natal intercalando com o (a) enfermeiro (a);

Solicita exames e orienta tratamentos conforme normas técnicas e operacionais;

Orienta gestante quanto aos fatores de risco;

Identifica as gestantes de risco e as encaminha para a unidade de referência;

Realiza coleta de exames citopatológicos;

Fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;

Participa de grupos de gestantes e realiza visitas domiciliares quando for o caso;

Atende às intercorrências e encaminha as gestantes para a unidade de referência quando necessário.

Diagnóstico da gravidez

A dosagem da gonadotrofina coriônica humana (β hCG) para o diagnóstico precoce da gravidez, utilizando medidas quantitativas precisas e rápidas, tornou-se mundialmente reconhecido para confirmar a ocorrência de gravidez. O β hCG pode ser detectado no sangue periférico da mulher grávida entre oito a 11 dias após a concepção. A maioria dos testes tem sensibilidade para detecção de gravidez entre 25 a 30mUI/ml, níveis menores que 5mUI/ml são considerados negativos e acima de 25mUI/ml são considerados positivos (BRASIL, 2006c).

LEMBRE-SE!

São sinais de certeza de gravidez:

- Ausculta de BCF;
- Visualização fetal através de exames de imagem (USG);
- Percepção dos movimentos fetais pelo examinador;
- Sinal de Puzos (rechaço fetal intrauterino durante toque vaginal, na 14ª semana de gestação).

Em gestações mais avançadas, diagnóstico da gravidez podem ser efetuado em 90% das pacientes através dos sinais clínicos, sintomas e exame físico. As queixas principais incluem o atraso menstrual, fadiga, mastalgia, aumento da frequência urinária e enjoos/vômitos matinais. O teste de gravidez deverá ser solicitado após 15 (quinze) dias de atraso menstrual. Veja as condutas indicadas no Anexo A (Fluxograma de diagnóstico de gravidez).

Considerando-se que 11% a 42% das idades gestacionais estimadas pela data da última menstruação são incorretas, deve-se oferecer à gestante, na primeira consulta, exame ultrassonográfico para determinar a idade gestacional. Idealmente, o exame deve ser realizado entre 10 e 13 semanas, utilizando-se o comprimento cabeça-nádega para determinar a idade gestacional. A partir da 15ª

semana, a estimativa da idade gestacional será feita por meio da medida do diâmetro biparietal (BRASIL, 2006c).

Após confirmação da gravidez, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento pré-natal – sequência de consultas, visitas domiciliares e reuniões educativas. Deverão ser fornecidos (BRASIL, 2006c):

O cartão da gestante, com a identificação preenchida, o número do SISPREENATAL, o hospital de referência para o parto e as orientações sobre este;

Calendário de vacinas e suas orientações;

A solicitação dos exames de rotina;

As orientações sobre a participação nas atividades educativas – reuniões e visitas domiciliares.

LEMBRETE:

A Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007).

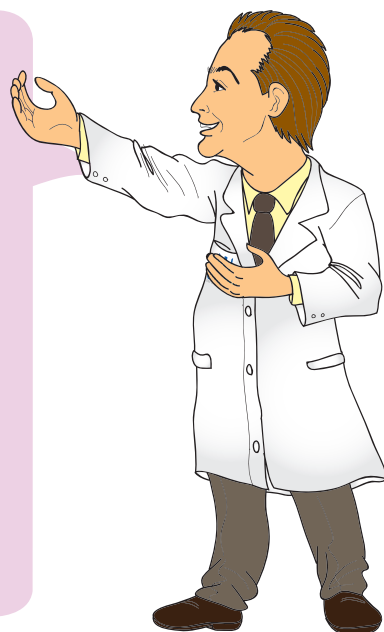
Consultas

Para o pré-natal de baixo risco, está proposto um mínimo de seis consultas (uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre), considerando as consultas médicas e de Enfermagem. Em uma situação ideal, o acompanhamento pode ser mensal até 28 semanas, quinzenal até 36 semanas e semanal até o parto.

LEMBRETE:

Não existe alta de pré-natal.

Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Em todos os momentos, deve-se dar atenção para as dúvidas e ansiedades da mulher e de quem a acompanha.



ATENÇÃO:

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade quanto no cartão da gestante. Em cada consulta, deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal.

Roteiro da primeira consulta

Segundo o Ministério da Saúde, o roteiro da primeira consulta contempla 3 dimensões (BRASIL, 2006c):

I. História clínica

II. Exame físico

III. Condutas

INVESTIGANDO A HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação:

Nome, número do SISPRENATAL, idade, cor, naturalidade, procedência, endereço atual, unidade de referência.

Dados socioeconômicos:

Grau de instrução, profissão/ocupação, estado civil/união, número e idade de dependentes, renda familiar, pessoas da família com renda, condições de moradia (tipo, nº de cômodos), condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo), distância da residência até a unidade de saúde;

Motivos da consulta:

Se existe alguma queixa que a fez procurar a unidade – descrevê-la
Assinalar se foi encaminhada pelo agente comunitário ou se procurou diretamente a unidade;

Antecedentes familiares

Hipertensão arterial; diabetes mellitus; doenças congênitas; gemelaridade; câncer de mama e/ou do colo uterino; hanseníase; tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco); doença de Chagas; parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.

Antecedentes pessoais

Hipertensão arterial crônica; cardiopatias, inclusive doença de Chagas; diabetes *mellitus*; doenças renais crônicas; anemias e deficiências de nutrientes específicos; desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade); epilepsia; doenças da tireóide e outras endocrinopatias; malária; viroses (rubéola, hepatite); alergias; hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas; portadora de infecção pelo HIV (em uso de retrovirais? quais?); infecção do trato urinário; doenças neurológicas e psiquiátricas; cirurgia (tipo e data); transfusões de sangue.

Sexualidade:

- início da atividade sexual (idade da primeira relação);
- Desejo sexual (libido/orgasmo/prazer);
- dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
- prática sexual nessa gestação ou em gestações anteriores;
- número de parceiros;
- uso de preservativos

Antecedentes ginecológicos:

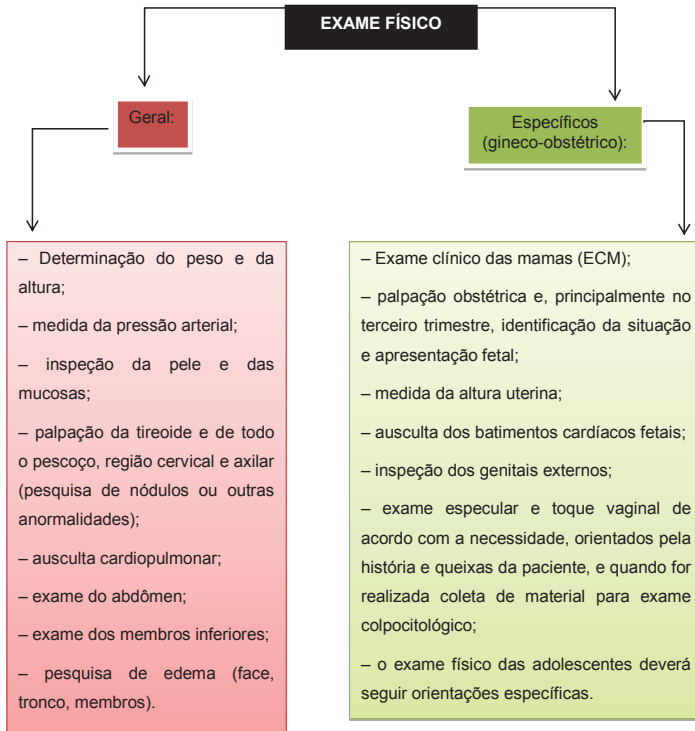
- ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
- uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
- infertilidade e esterilidade (tratamento);
- DST's (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);
- doença inflamatória pélvica; cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
- mamas (alteração e tratamento);
- última colpocitologia oncótica (data e resultado).

Gestação atual


- data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza ou dúvida);
- peso prévio e altura;
- sinais e sintomas na gestação em curso;
- hábitos alimentares;
- medicamentos usados na gestação;
- internação durante essa gestação;
- hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família.

Antecedentes obstétricos:

- número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
- número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas – indicações);
- número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
- número de filhos vivos;
- idade na primeira gestação;
- intervalo entre as gestações (em meses);
- isoimunização Rh;
- número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
- número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000 g;
- mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu);
- recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, ex-sanguíneotransfusões;
- intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar);
- complicações nos puerpérios (descrever);
- história de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame).



CONDUTAS:

- 
- Cálculo da idade gestacional e data provável do parto;
 - orientação alimentar e acompanhamento do ganho de peso gestacional;
 - fornecimento de informações necessárias e respostas às indagações da mulher ou da família;
 - orientação sobre sinais de riscos e assistência em cada caso;
 - referência para atendimento odontológico;
 - encaminhamento para imunização antitetânica (vacina dupla viral), quando a gestante não estiver imunizada;
 - referência para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado. Entretanto, mesmo com referência para serviço especializado, a mulher deverá continuar sendo acompanhada, conjuntamente, na unidade básica.

Consultas subsequentes

Nas demais consultas durante o pré-natal, o Ministério da Saúde sugere:

- Revisão da ficha pré-natal; - Anamnese atual sucinta; - Verificação do calendário de vacinação (BRASIL 2006).

I. Controles maternos:

- cálculo e anotação da idade gestacional; - determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal (IMC) (anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional); - medida da pressão arterial (observar a aferição da PA com técnica adequada); - palpação obstétrica e medida da altura uterina (anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal); - pesquisa de edema; - avaliação dos resultados de exames laboratoriais e instituição de condutas específicas.

II. Controles fetais:

- ausculta dos batimentos cardíacos; - avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico.

III. Condutas:

- interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais, com solicitação de outros, se necessários;
- tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;
- prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/ dia) e ácido fólico (5 mg/dia), para profilaxia da anemia;
- orientação alimentar;
- acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica;
- realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos.
- agendamento de consultas subsequentes.

Fatores de risco na gravidez

O Ministério da Saúde determina que questões sociais, antecedentes reprodutivos, doenças obstétricas na gestão atual e intercorrências clínicas podem ser fatores de risco para a progressão da gestação de forma saudável (BRASIL, 2006).

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:	Idade menor que 17 e maior que 35 anos;
	Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
	Situação conjugal insegura;
	Baixa escolaridade (menos de 05 anos);
	Renda familiar baixa;
	Condições ambientais desfavoráveis;
	Altura menor que 1,45 m;
	Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg;
História reprodutiva anterior:	Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
	Condições psicológicas alteradas.
	Morte perinatal explicada e inexplicada;
	Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou mal-formado;
	Abortamento habitual;
	Esterilidade/infertilidade;
	Intervalo inter-partal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
	Nuliparidade e multiparidade;
Doença obstétrica na gravidez atual:	Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
	Cirurgia uterina anterior.
	Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
	Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
	Ganho ponderal inadequado;
	Pré-eclâmpsia – eclâmpsia;
	Amniorrexe prematura;
	Hemorragias da gestação;
Intercorrências clínicas:	Isoimunização;
	Óbito fetal.
	Doenças infecciosas e auto-imunes; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias; hemopatias; hipertensão arterial; epilepsia; ginecopatias.

Exames de Rotina

O Ministério da Saúde recomenda que os exames complementares sejam solicitados desde a primeira consulta pré-natal (BRASIL, 2006).



Na primeira consulta, solicitar:

- dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht);
- grupo sanguíneo e fator Rh;
- sorologia para sífilis (VDRL): repetir próximo à 30ª semana;
- glicemia em jejum: repetir próximo à 30ª semana;
- exame sumário de urina (Tipo I): repetir próximo à 30ª semana;
- sorologia anti-HIV, com consentimento da mulher, após o “aconselhamento pré-teste” (Anexo B). Repetir próximo à 30ª semana, sempre que possível.

Quando houver disponibilidade em sua região, solicite que seja realizado:

– sorologia para hepatite B (HBsAg), de preferência próximo à 30ª semana de gestação;

– sorologia para toxoplasmose: recomenda-se, sempre que possível, a triagem para toxoplasmose por meio de detecção de anticorpos da classe IgM (Elisa ou imunofluorescência), em caso de IgM positiva significa doença ativa e tratamento deve ser instituído, referir esta mulher para o pré-natal de alto risco.

Outros exames podem ser acrescentados aos exames mínimos:



- **protoparasitológico**: solicitado na primeira consulta;
- **colpocitologia oncótica**: muitas mulheres frequentam os serviços de saúde apenas para o pré-natal, assim, é imprescindível que, nessa oportunidade, seja realizado esse exame, que pode ser feito em qualquer trimestre, sem a coleta endocervical, seguindo as recomendações vigentes;
- **bacterioscopia da secreção vaginal**: em torno da 30ª semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade;
- **sorologia** para **rubéola**: quando houver sintomas sugestivos;
- **urocultura** para o diagnóstico de **bacteriúria assintomática**;
- **eletroforese de hemoglobina**: quando houver suspeita clínica de anemia falciforme;
- **ultra-sonografia obstétrica**: onde houver disponibilidade.

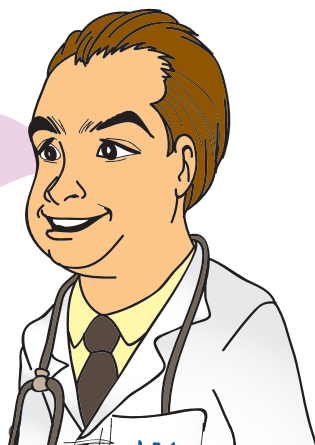
ATENÇÃO:

A não realização de ultrassonografia durante a gestação não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal. As evidências científicas atuais relacionam sua realização no início da gravidez com uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas. Os possíveis benefícios sobre outros resultados permanecem ainda incertos.

Vale lembrar que em casos de indicação do exame ultrassonográfico mais tardiamente na gestação, **por alguma indicação específica orientada por suspeita clínica**, é notadamente válida como complemento da avaliação da vitalidade fetal ou outras características gestacionais ou do feto. Além disso, está comprovado que, em gestações de alto risco, a ultrassonografia com dopplervelocimetria possibilita a indicação de intervenções que resultam na redução da morbimortalidade perinatal.

SAIBA MAIS!

Para saber mais sobre interpretação de resultados e condutas a serem adotadas, acesse:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf



Ações realizadas durante o pré-natal

Vejamos agora quais as principais ações no que diz respeito ao acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2006c).

Avaliação do estado nutricional e ganho de peso durante a gestação

É o procedimento realizado que busca avaliar o estado nutricional e o ganho ponderal da gestante. Tem como objetivo avaliar e controlar o ganho de peso ao longo da gestação. O peso deve ser aferido em todas as consultas do pré-natal.

Cálculo da Idade Gestacional

Consiste em calcular o tempo da gravidez, estabelecendo, assim, condutas baseadas na idade gestacional (IG) obtida, e tem como objetivo estimar o tempo gestacional em semanas.

COMO CALCULAR?

- Quando a data da última menstruação é conhecida:
 - Uso do calendário: somar o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas);



- Uso de disco (gestograma): colocar a seta sobre o dia e mês correspondente ao primeiro dia da última menstruação e observar o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

- Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:

Se o período foi no início, meio ou final do mês, considerar como a data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente, e proceder, então, à utilização de um dos métodos anteriormente descritos.

- Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos:

Medir a altura uterina e posicionar o valor encontrado na curva de crescimento uterino;

Verificar a IG correspondente a esse ponto. Considerar IG muito duvidosa e assinalar com interrogação na ficha perinatal e no cartão da gestante. A medida da altura uterina não é a melhor forma de calcular a idade gestacional.



ATENÇÃO:

Nos casos em que não for possível estimar a IG clinicamente, solicitar o exame de ultrassonografia obstétrica o mais breve possível.

Data provável do parto

Consiste em estimar o período provável para o nascimento, considerando a duração média da gestação normal de 40 semanas.

**LEMBRETE:**

Uma gestação normal pode durar entre 38 a 42 semanas.

- Com o disco (gestograma), colocar a seta sobre o dia e mês correspondente ao primeiro dia da última menstruação e observar a seta na data (dia e mês) indicada como data provável do parto;
- Regra de Nägele: somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação. Nos casos dos meses de janeiro a março adicionar nove meses em vez de subtrair três. Caso o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passar os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 ao final do cálculo do mês.

Medida da altura uterina

É a mensuração do espaço que vai da borda superior da sínfise púbica até ao fundo uterino, com o objetivo de identificar o crescimento normal do feto, detectar seus desvios e diagnosticar as causas do desvio de crescimento fetal encontrado e orientar oportunamente para as condutas adequadas a cada caso.

Palpação obstétrica

Procedimento realizado com a finalidade de avaliar a situação e a apresentação fetal, procurando identificar os polos cefálico ou pélvico, o dorso fetal, o grau de encaixamento e o local de ausculta

do foco máximo do batimento cardíaco fetal (BCF). O feto poderá estar em situação longitudinal - a mais comum - ou transversa. As apresentações mais frequentes são as cefálicas e pélvicas. A situação transversa e a apresentação pélvica, ao final da gravidez, podem significar maiores cuidados no parto. Oferecer exercícios para favorecer a mudança da apresentação. São etapas da ação:

- 1º tempo: palpação do fundo uterino, buscando seus limites;
- 2º tempo: palpação da região lateral do abdômen, buscando identificar as partes fetais e do dorso do feto;
- 3º tempo: determinação do polo que se apresenta ao canal de parto;
- 4º tempo: determinação do grau de penetração deste polo no estreito superior da bacia (AUTOR, ano).

Ausculda dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF)

Ausculda dos batimentos cardíacos do feto pode ser realizada com estetoscópio de Pinard (após 20 semanas), ou Sonar Doppler (após 12 semanas). O objetivo é constatar, a cada consulta, a qualidade do BCF, por meio da avaliação de seus ritmo e frequência.

Verificação da presença de edema

É a constatação da presença anormal de líquidos nos tecidos, com o objetivo de detectar precocemente a ocorrência do edema patológico.

SAIBA MAIS!

Para mais informações sobre procedimentos técnicos, acesse: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

Prescrição nas queixas mais frequentes

Poucos medicamentos confirmaram sua segurança para uso durante a gestação, particularmente durante o primeiro trimestre. O risco associado a determinado medicamento deve ser avaliado

com base na necessidade da paciente, considerando os benefícios maternos e os prováveis riscos fetais. Sempre deve ser utilizada a menor dose do medicamento.

A suplementação de cloreto de sódio, cálcio ou vitaminas e sais minerais não foram efetivas para reduzir câibras na gravidez. Apenas o lactato ou citrato de magnésio, em doses de 5mmol pela manhã e 10mmol à noite, mostrou redução significativa das câibras (FBAGO, 2006).

Antieméticos (anti-histamínicos, doxilamina com piridoxina, vitamina B6 e gengibre) reduzem a frequência de náuseas no início da gravidez. Dentre os tratamentos mais recentes, a piridoxina (vitamina B6) parece ser a mais efetiva na redução da intensidade da náusea (10 a 25mg três vezes ao dia) (FBAGO, 2006).

A administração de gengibre em cápsulas (250mg quatro vezes ao dia) também foi eficiente para reduzir náuseas e vômitos. Nenhum tratamento para a hiperemese gravídica demonstrou benefício evidente. Exercícios aquáticos, realizados a partir de 20 semanas de gestação, reduzem significativamente a lombalgia e o absenteísmo, além de sessões de fisioterapia de grupo e acupuntura (10 a 30 minutos) (FBAGO, 2006).

Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétrica

Ao receber um encaminhamento do pré-natal de baixo risco, os profissionais de saúde dos hospitais regionais e da emergência obstétrica deverão avaliar e confirmar o diagnóstico inicial e determinar a conduta necessária para cada caso: internação hospitalar, referência ao pré-natal de alto risco ou contrarreferência para acompanhamento pela atenção básica. De acordo com o Ministério da Saúde, são fatores de risco:

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90, medida

após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada, associada à proteinúria;

- Atenção: edema não é mais considerado critério diagnóstico;
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Crise hipertensiva (PA > 160/110);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Isoimunização Rh;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas (BRASIL, 2006c);

Complementando os fatores de risco, o Ministério da Saúde descreve:

- Hipertermia (Tax > = 37,8C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de lvas;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligoidrâmnio;
- Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc. Nos casos com menos de 20 semanas, as gestantes podem ser encaminhadas à emergência clínica;
- Óbito fetal (BRASIL, 2006c).

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço de referência especializado em pré-natal de alto risco, é importante que a gestante não perca o vínculo com a sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de pré-natal. É importante também que a equipe seja informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante por meio da contrarreferência, assim como são importantes a busca ativa e o acompanhamento das gestantes em sua área de abrangência, por meio da visita domiciliar mensal do ACS.

Ações educativas

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. Para isto, podem-se realizar grupos de gestantes com a participação do casal e família, no intuito de trabalhar as questões que envolvem todo o período de gestação, parto e puerpério.

O Ministério da Saúde assegura que durante o pré-natal, a mulher e a família devem receber informações sobre os seguintes temas:



- Importância do pré-natal;
- Cuidados de higiene;
- Realização de atividade física
- Preparação corporal e emocional para que a mulher possa vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto;

- Nutrição;
- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes;

- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações (BRASIL, 2006c).

O Ministério da Saúde também considera importante a mulher e a família receberem informações sobre:

- Preparo para o parto;
- Sinais e sintomas do parto;
- Plano de parto considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social;

- Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;

- Incentivar o protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz;

- Orientação e incentivo para o aleitamento materno;
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;

- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;

- Direitos da gestante: elas deverão ser orientadas como proceder para obter a licença e salário maternidade; nesse

caso, a parceria com outros setores é indispensável (BRASIL, 2006c).

- **Para mais informações, acesse:**

< http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf>.

Para o Ministério da Saúde, outros assuntos ainda são considerados importantes devendo ser repassados para a gestante e para sua família:

- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
- Importância da participação do pai durante a gestação e o parto para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- O direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente) (BRASIL, 2006c).

REFLITA COMIGO!

Você consegue identificar todos os itens acima nas ações de educação em saúde planejadas pela equipe de saúde onde você atua? Em caso negativo, o que fazer para que as ações contemplem os itens acima?



Aleitamento materno

O aleitamento materno é a primeira experiência nutricional da criança, dando continuidade à nutrição iniciada na vida intrauterina. A amamentação é um momento precioso para que haja um fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê, promovendo uma melhor qualidade de vida à criança no primeiro ano de sua vida.

ATENÇÃO:

Recomenda-se a prática da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida e a manutenção do AM acrescido de alimentos complementares a partir do sétimo mês até os dois anos de vida ou mais (OMS). Apesar da excelência do leite humano, o desmame precoce é muito frequente. No Brasil, a mediana de aleitamento predominante foi de 72 dias. A região Nordeste apresentou a mais baixa mediana de aleitamento materno com 41 dias (BRASIL, 2009).

A educação e o preparo das mulheres para a lactação durante o período pré-natal comprovadamente contribui para o sucesso do AM. Segundo a OMS, para que o início e o estabelecimento do aleitamento tenha êxito, as mães necessitam do apoio ativo, durante a gravidez e após o parto, não apenas de suas famílias e comunidades, mas também de todo o sistema de saúde. É de fundamental importância que não se generalize a capacidade de amamentar, sem considerar as variáveis contextuais. Para que a mulher possa assumir com mais segurança o seu papel de provedora do alimento de seu filho, ela precisa se sentir adequadamente assistida nas suas dúvidas e dificuldades (BRASIL, 2009).

LEMBRETE:

Cabe aos profissionais de saúde garantir à mãe uma escuta ativa, sanar suas dúvidas, entendê-la e esclarecê-la sobre suas crenças e tabus, de modo a tornar a amamentação um ato de prazer e não o contrário.

SAIBA MAIS!

Você terá mais informações sobre o aleitamento materno acessando:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf

Vantagens do aleitamento materno

O leite humano é o alimento ideal para o recém-nascido e o lactente e nenhum outro alimento poderá substituí-lo com vantagem. A amamentação forma uma base biológica e emocional tanto para a saúde da mãe quanto da criança. Sobre as vantagens para a mãe, o Ministério da Saúde afirma:



- Favorece uma ligação afetiva mais forte entre mãe e filho.
- Diminuição do sangramento uterino devido à liberação de ocitocina que estimula a contração do útero.
- Proteção contra anemia, pois as mulheres que amamentam no peito permanecem mais tempo sem menstruar devido ao efeito da prolactina associada à sucção do mamilo.
- Aceleração de perda de peso ganho durante a gestação, reduzindo também o risco de desenvolver diabetes tipo II.
- Diminuição do risco de adoecimento por câncer de colo de útero e mama e osteoporose.
- É econômico e prático.
- É um método natural de planejamento familiar (BRASIL, 2009).

Para o bebê, o Ministério da Saúde aponta como vantagens do aleitamento materno:

- Sempre pronto e na temperatura certa.
- Protege contra infecções respiratórias e diarreicas, diminuindo a incidência de mortalidade infantil.
- Prevenção odontológica, pois estimula um melhor desenvolvimento crânio-facial ósseo, muscular e funcional,

prevenindo alterações de fonação, deglutição e respiração, através do movimento de ordenha.

- Prevenção dos hábitos deletérios, causadores de má oclusão e cárie dentária, suprimindo todas as necessidades de sucção dos neonatos.
- Melhor desenvolvimento intelectual nas crianças amamentadas exclusivamente no peito.
- Diminuição de sobrepeso na infância e consequentemente algumas doenças que provêm da obesidade, como o Diabetes mellitus tipo 1 (BRASIL, 2009).

ATENÇÃO!

Por que não usar chupetas, bicos e mamadeiras:

- Maior risco de contaminar o leite e provocar doenças.
- Atrapalha o aleitamento materno, causando confusão de bicos.
- Pode modificar a posição dos dentes, prejudicar a fala e respiração, fazendo o bebê respirar pela boca.
- É mais caro e sua preparação dá mais trabalho.
- Diminui o contato entre mãe e filho (BRASIL, 2009).

ATENÇÃO:

A educação materna, classe socioeconômica, influências familiares e da comunidade e o retorno precoce ao trabalho são alguns dos fatores que dificultam no processo de amamentar.

Manejo clínico da amamentação

a) Cuidados com as mamas na gestação:

- examinar as mamas na consulta de pré-natal;
- orientar a gestante a usar sutiã com orifício central para exposição de aréola e mamilo durante a gestação;
- Não usar pomadas, cremes, óleos, sabão ou álcool na região aréolo-mamilar.
- Fazer banhos de sol no período até as 10h da manhã ou após as 16h, iniciando com 5 minutos até completar 30 minutos, para

fortalecimento da região.

- orientar que a expressão do peito (ou ordenha), durante a gestação, para a retirada do colostro, está contraindicada (BRASIL, 2009).

b) Técnica para amamentar:

- A mãe deve proceder à higiene das mãos, com água e sabão, antes de amamentar;
- Ensinar a mãe a oferecer o peito antes da apojadura, pela importância do colostro e também pelo estímulo à produção láctea;
- A amamentação deve ser iniciada pela mama que se encontra mais cheia de leite, geralmente a que foi utilizada por último. Caso a criança não consiga mamar nas duas mamas, na próxima mamada começar pela mama que não foi solicitada;
- O local para amamentar deverá ser escolhido por ela, desde que se sinta confortável;
- Quando o peito estiver muito cheio, antes de amamentar, massagear e espremer a região da aréola para tirar um pouco de leite, deixando a aréola mais macia e mais fácil para o bebê mamar;
- Deixar que o próprio bebê pegue o peito;
- O posicionamento correto implica:
 - colocar o bebê de frente para a mama;
 - queixo tocando a mama e o corpo–cabeça-membros em linha reta;
 - lábios virados para fora;
 - boca bem aberta abocanhando toda a parte inferior da aréola e parte da superior;
 - bochecha redonda (“cheia”) (BRASIL, 2009).

ATENÇÃO:

Verifica-se se a pega está correta se o bebê estiver fazendo sucções longas, seguidas de pausas e pequenas sucções, e observando-se a deglutição. A pega correta nunca dói, se a mãe

referir dor é porque o bebê não está pegando bem.

- Não há necessidade de afastar a mama do nariz do bebê, ele mesmo o fará se precisar, pendendo a cabeça levemente para trás. Por esta razão, a mama não deve ser apreendida com a mão muito próxima à aréola;

- A duração de cada mamada é livre;

- Para terminar a mamada, o ideal é que a criança solte o peito espontaneamente. Quando este fato não ocorre, a mãe coloca a ponta do dedo mínimo na boca da criança. Dessa forma, o vácuo se desfaz e a criança solta o peito, sem machucá-lo;

- Para o bebê arrotar, a mãe, o pai ou outro familiar deve levá-lo e apoiar a cabeça no seu ombro e fazer uma leve massagem nas costas. É importante a participação da família neste momento;

- O peito não precisa de limpeza antes ou após as mamadas. O banho diário é suficiente.

c) Posições da criança e da mãe:

A mãe pode estar sentada, deitada ou em pé. O bebê pode permanecer sentado, deitado ou até em posição invertida (Figura 1). O fundamental é que ambos estejam confortáveis e relaxados.

Figura 1 – Posições para amamentar.



Fonte: (BRASIL, 2009).

- **Deitada:**

– Ela pode deitar-se de lado, apoiando a cabeça e as costas em travesseiros. O bebê deverá permanecer também deitado de lado proporcionando o contato abdome/abdome. Os ombros do bebê devem ser apoiados com os braços da mãe para manter a posição adequada.

– A mulher pode ainda deitar-se em decúbito dorsal (posição útil para as primeiras horas pós-cesariana ou para aquela mulher que tem excedente lácteo muito grande). A criança deve ficar deitada em decúbito ventral, em cima da mãe (BRASIL, 2009).

- **Sentada:**

– A mulher deve permanecer com as costas apoiadas na cadeira ou cabeceira da cama. Ela pode cruzar as pernas ou ainda usar travesseiros sobre as coxas. Colocar os pés em um pequeno banco para dar mais apoio, pode ser útil.

– A criança pode ficar deitada, em posição invertida ou sentada (posição muito utilizada em situações especiais, como crianças prematuras, fissuradas ou síndrômicas) (BRASIL, 2009).

d) *Extração do leite (ordenha):*

Como retirar o leite do peito?

- Prender os cabelos e usar uma touca de banho ou pano amarrado;
- Proteger a boca e o nariz com pano ou fralda;
- Escolher um lugar limpo e tranquilo;
- Preparar uma vasilha (de preferência um frasco com tampa plástica) fervida por 15 minutos;
- Massagear o peito com a ponta de dois dedos iniciando na região mais próxima da aréola indo até a mais distante do peito, apoiando o peito com a outra mão;
- Massagear por mais tempo as áreas mais doloridas;
- Apoiar a ponta dos dedos (polegar e indicador) acima e abaixo da aréola, comprimindo o peito contra o tórax;
- Comprimir com movimentos rítmicos, como se tentasse aproximar as pontas dos dedos, sem deslizar na pele;
- Desprezar os primeiros jatos e guardar o restante no recipiente

(BRASIL, 2009). (Figura 2)



Fonte: (BRASIL, 2009).

LEMBRETE:

São raras as situações, tanto maternas quanto neonatais, que contraindicam a amamentação. Entre as maternas, encontram-se as mulheres com câncer de mama que foram tratadas ou estão em tratamento, mulheres HIV+ (só podem dar o próprio leite se este for pasteurizado), mulheres com distúrbios da consciência ou comportamento grave, entre outras. E neonatais incluem alterações da consciência da criança de qualquer natureza, baixo peso com imaturidade para sucção ou deglutição (dar leite materno por sonda orogástrica) e fenda palatina que impossibilite o ato de sugar (oferecer leite materno ordenhado).

SAIBA MAIS!

A inibição da lactação pode ser realizada com Cabergolina, 2 comprimidos (1,0 mg) VO em dose única ou 1 comprimido (0,5 mg) VO repetido após 24 h. veja quais situações a inibição da lactação é indicada em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

Dificuldades mais frequentes

Autores como Carvalhães; Corrêa (2003); Barros (2006); Brasil (2009) apontam as principais manifestações clínicas de problemas durante o período de amamentação:

a) Ingurgitamento mamário

O ingurgitamento mamário é processo pelo qual a produção de leite é maior que a demanda, ocorrendo estase láctea e congestão vascular e/ou linfática. A estase láctea pode ocorrer por esvaziamento insuficiente da mama e também por obstrução de ductos ou fatores mamilares, gerando pontos dolorosos durante a mamada. O período de ocorrência varia entre o 3º e o 5º dia pós-parto (durante a apojadura), durando entre 24 e 48 horas, enquanto houver um desequilíbrio entre a oferta e a procura.

A profilaxia consiste em: amamentar logo após o nascimento, esquema de livre demanda para as duas mamas; ordenha manual; orientar as mães para o diagnóstico precoce do ingurgitamento. O tratamento vai incluir medidas como o esvaziamento da mama até o ponto de conforto (ausência de dor), como já dito anteriormente, a fim de diminuir a tensão láctea intramamária. Torna-se, ainda, importante não suspender a amamentação, pois pode agravar o quadro de ingurgitamento, não usar calor ou frio local, oferecer à mãe apoio emocional e promover medidas de relaxamento.

b) Fissuras

Presença de lesões cutâneas nas mamas com dor e ardor. Geralmente ocorre quando a pega do bebê está incorreta. A profilaxia consiste em: - banhos de sol e higiene; - não usar cremes ou pomadas; - orientar a mãe sobre a técnica correta de amamentação.

O tratamento consiste em orientar a mãe para iniciar a mamada pela mama sadia ou menos comprometida e depois passar

para outra mama, pois o bebê está menos faminto e suga com menos voracidade. Se elas não forem completamente esvaziadas desta maneira, deverão ser esvaziadas após as mamadas. Realizar ordenha manual ou mecânica.

c) Mastite

A mastite puerperal ou da lactação é um processo infeccioso agudo das glândulas mamárias que acomete mulheres em fase de lactação, com achados clínicos que vão desde a inflamação focal, com sintomas sistêmicos como febre, mal-estar geral, astenia, calafrios e prostração, até abscessos e septicemia (SALES et al., 2000). (Figura 3)

Figura 3 – Mastite puerperal.



Fonte: (BRASIL, 2009).

As mastites são causadas por diversos microrganismos, prevalecendo o *staphylococcus aureus* como agente etiológico em 50 a 60% dos casos. Dentre os fatores que predisõem a mastite, prevalecem a fadiga, o estresse, fissuras nos mamilos, obstrução ductal e ingurgitamento mamário. A profilaxia consiste em: lavar bem as mãos antes de manipular as mamas; usar as medidas profiláticas

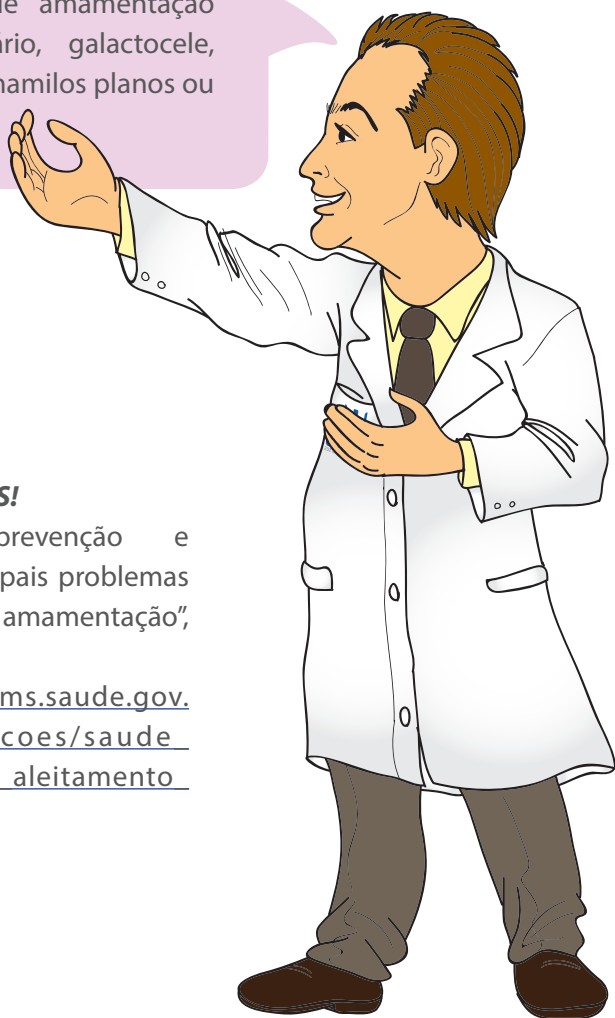
para ingurgitamento e traumas mamilares; usar somente material esterilizado para procedimentos de contato com as mamas. O tratamento é realizado através da ordenha manual para esvaziamento das mamas; intervenção clínica (antibioticoterapia; analgésicos) ou cirúrgica; a manutenção da amamentação está indicada, porque o leite materno é rico em anticorpos e fatores antibacterianos (SALES et al., 2000).

Outros problemas encontrados durante o período de amamentação são: abscesso mamário, galactocele, candidíase mamilar e mamilos planos ou invertidos.

SAIBA MAIS!

Sobre “prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação”, acesse:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude-crianca-nutricao-aleitamento-alimentacao.pdf>



UNIDADE 3

UNIDADE 3

ATENÇÃO HUMANIZADA EM SAÚDE DA MULHER

Ouve-se falar que a Atenção Básica é a principal ferramenta para a organização do SUS. A esse respeito, o Ministério da Saúde faz a seguinte afirmação:

Assim, se compreende que a atenção básica é estruturante e organizadora de práticas de cuidado, favorecendo a produção de vínculo, o trabalho em equipe e a produção da cidadania, haja vista sua necessária ação sobre o território, que deve considerar exigências técnicas e interesses e necessidades das populações (BRASIL, 2010).

O estabelecimento de vínculos e a produção de cidadania não podem estar distantes da assistência humanizada e, no que diz respeito à saúde da mulher, prestar uma assistência que a envolva e a empodere é de grande valia para a efetividade das ações planejadas. Nesta unidade, serão discutidas as estratégias para desenvolver ações humanizadas de atenção à saúde da mulher no âmbito da atenção básica.

Atenção humanizada no puerpério

Neme (2000) afirma que o puerpério é o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico. Por sua vez, o Ministério da Saúde acrescenta que o puerpério inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisto, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactação), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Afirma ainda que este período é classificado didaticamente em (BRASIL, 2001):

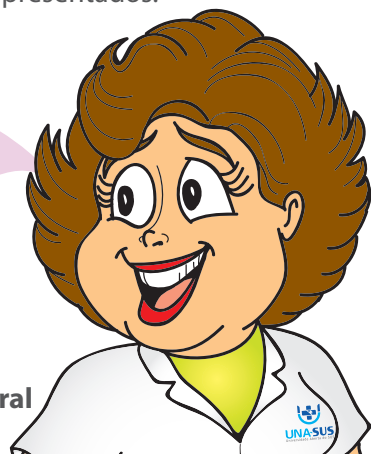
• Puerpério imediato: 1º ao 10º dia;

• Puerpério remoto: a partir do 43º dia

• Puerpério tardio: 11º ao 42º dia;

O exame de uma mulher no puerpério deverá considerar seu estado psíquico e a compreensão do que representa para ela a chegada de uma nova criança. O estabelecimento de uma adequada empatia entre o examinador e sua cliente poderá proporcionar uma melhor compreensão dos sintomas e sinais apresentados.

Além disso, é comum que neste momento a mulher experimente sentimentos contraditórios e sinta-se insegura, cabendo à equipe de saúde estar disponível para perceber a necessidade de cada mulher de ser ouvida com a devida atenção.



Ações gerais da assistência puerperal

O Ministério da Saúde recomenda que durante a assistência ao puerpério o profissional da saúde que acolherá essa nova mãe realize exame físico geral (inclusive exame ginecológico), objetivando detectar possíveis complicações deste período; oriente que a mãe complete as doses de vacina antitetânica se necessário; inscreva a gestante no programa de planejamento familiar da UBS; agende uma consulta para o controle de câncer cérvico-uterino e de mama após o 3o mês de pós-parto; faça busca ativa, através de visita domiciliar, às puérperas faltosas; e, finalmente e não menos importante, realize a primeira consulta do recém-nascido e o inscreva no programa de puericultura e imunizações (BRASIL, 2001).

Revisão puerperal

Revisão puerperal precoce (entre 7 a 10 dias)

O retorno deve ser marcado em torno do 7º ao 10º dia de puerpério, recomendando-se que seja feito na unidade de saúde mais próxima da residência da mulher, incluindo a criança e o companheiro. Neste retorno, deve-se ouvir as queixas da puérpera, proceder ao exame físico adequado, com ênfase ao estado hematológico, rastreamento de infecção (puerperal ou da ferida operatória).

É fundamental o exame das mamas, o incentivo para continuação do aleitamento materno, orientar os cuidados básicos com o RN, avaliando a interação da mãe com o mesmo, e identificar situações de risco ou agravos específicos e conduzi-las.

Revisão puerperal tardia (até 42 dias):

Após o atendimento precoce, deve-se orientar a puérpera para retornar para nova avaliação entre o 30º e o 42º dia pós-parto. Nesta ocasião, ouvem-se as queixas da mulher e procede-se novo exame físico. É importante discutir o aleitamento e orientar a mulher para problemas que tenham surgido.

Nas puérperas que não completaram seus esquemas de vacinação, deve-se aproveitar este momento para fazê-lo, em especial da imunização contra o tétano, hepatite B e rubéola.

Fonte: (BRASIL, 2001).

Nas mulheres que não realizaram exame preventivo para câncer cervical, este momento também é oportuno, pois se trata, praticamente, da liberação da mulher às suas atividades normais. É fundamental que haja uma discussão com o casal sobre o retorno às atividades sexuais. Desconforto à relação pode surgir por conta da atrofia vaginal, sendo minimizado este inconveniente

com a utilização de lubrificante. É importante também orientar o planejamento familiar e discutir com a mulher e o parceiro o método anticoncepcional mais adequado, sem, no entanto, interferir na amamentação.

SAIBA MAIS!

Para mais informações, acesse:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf

Principais complicações no puerpério

Várias publicações ressaltam a importância de um bom diagnóstico de intercorrências puerperais (BRASIL, 2001; BRASIL 2006c, BRASIL, 2009). Vejamos abaixo o que a literatura relata sobre o assunto:

- **Infecção puerperal**

São infecções bacterianas como endometrite, miometrite, salpingoforite, peritonite e tromboflebite pélvica. Na maioria dos casos, o quadro clínico se instala com febre acima de 38° C, mal estar geral, útero doloroso e/ou dor abdominal, lóquios fétido ou não.

- **Hematomas da vagina, vulva e períneo**

Relaciona-se com os partos instrumentados e episiorrafias mal executadas. O tratamento é realizado através da abertura da coleção sanguínea, retirada de coágulos, hemostasia cuidadosa, drenagem da região e compressa morna local.

- **Mastite**

Ver capítulo sobre aleitamento materno.

- **Depressão pós-parto**

É comum no pós-parto as mulheres apresentarem certa tristeza (melancolia pós-parto ou puerperal blues) mas, que geralmente cede até o 10º dia. Caso o quadro se agrave ou não ceda espontaneamente, avalie a necessidade de acompanhamento com psicólogo e psiquiatra. Atente para sintomas de tristeza, agressividade,

rejeição ao recém-nascido, pois pode se tratar de depressão pós-parto (DPP).

ATENÇÃO:

A equipe de saúde deve estar atenta às complicações no puerpério, detectadas após a alta da maternidade. Sendo que, em todos os casos que requererem uma avaliação médica especializada, a puérpera deverá ser encaminhada ao serviço onde foi realizado o parto, após um primeiro atendimento na UBS ou domicílio.

Para mais informações, leia: “Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna”, de autoria de Vera Iaconelli, publicado em 2005. Acesse:

http://www.institutogerar.com.br/artigos/21_ARTIGO_%20DPP,%20PSICOSE%20P%C3%93S%20PARTO%20E%20TRISTEZA%20MATERNA.pdf

Atenção humanizada no climatério

O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. A menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade (BRASIL, 2008).

Entre os sintomas que podem ocorrer no climatério/menopausa, alguns são devido ao brusco desequilíbrio entre os hormônios e outros estão ligados ao estado geral da mulher e ao estilo de vida adotado até então. A autoimagem, o papel e as relações sociais, as expectativas e projetos de vida também contribuem para o aparecimento e a intensidade dos sintomas. A menopausa, no entanto, significa apenas o fim do período de fecundidade. Não é o final da vida nem da capacidade produtiva e tampouco o fim da sexualidade. Considerando que a expectativa de vida para as mulheres brasileiras

é de 72,4 anos, segundo o IBGE, e que a menopausa, no geral, ocorre em torno dos 45-50 anos, ainda restam às mulheres muitos anos de vida após a menopausa. E esses anos podem e devem ser vividos de forma saudável, plena, ativa e produtiva (BRASIL, 2008).

SAIBA MAIS!

Acesse:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf

Modificações orgânicas do climatério

As alterações fisiológicas que ocorrem pouco influem sobre a sexualidade, entretanto, podem limitar qualitativa e quantitativamente a resposta erótica. Em outras palavras, essas modificações, não obrigatoriamente, implicam na diminuição do prazer, mas podem influenciar a resposta sexual, que pode ser mais lenta.

As mulheres no climatério podem apresentar uma lubrificação vaginal menos intensa e mais demorada, sendo necessário, às vezes, um maior estímulo sexual. É possível ocorrer também um adelgaçamento dos tecidos vaginais, que pode levar à dor nas relações sexuais, tornando a perspectiva do sexo com penetração, motivo de ansiedade e de falta de satisfação (BRASIL, 2008).

Devido ao declínio da função hormonal ovariana, as modificações nos órgãos genitais internos e externos influenciam a resposta sexual de forma significativa. O maior efeito da deficiência estrogênica sobre a pelve é a diminuição do fluxo sanguíneo, que pode promover alterações no aparelho genital. Os pêlos pubianos tornam-se escassos, há redução de parte do tecido adiposo dos grandes lábios e retração dos pequenos lábios e do clitóris. As alterações observadas na vagina devido à diminuição dos níveis estrogênicos são mais marcantes do que as da genitália externa.

É de entendimento dos estudiosos que o ressecamento e a

hipotrofia vaginal são causados pelo decréscimo da produção de estrogênio. Em estudos sobre o efeito do tratamento hormonal em mulheres na menopausa, com queixas sexuais, foram verificados: a existência de uma relação direta entre alguns sintomas como secura vaginal, dor à penetração e sensação de ardor e os níveis de estradiol. Esses sintomas responderam à terapia estrogênica local ou sistêmica. Já em relação a outros comportamentos sexuais mais complexos, como o desejo sexual e o orgasmo, a maioria dos autores considera a influência de alguns fatores responsáveis por esses fenômenos, entre os quais estão os psicológicos, os socioculturais, os interpessoais e os biológicos (BRASIL, 2008).



Mulheres submetidas a cirurgias, como a mastectomia, a histerectomia e a ooforectomia, podem muitas vezes desenvolver um sentimento de mutilação e incompletude sexual.

A presença de prolapsos genitais e incontinência urinária também podem ser situações constrangedoras, atuando sobre a sensualidade e a autoestima. Mulheres que desenvolvem doenças endócrinas como *diabetes mellitus*, hiperprolactinemia, hipotireoidismo e disfunções adrenais podem evoluir com diminuição da libido.



Estudos vêm demonstrando que doenças pulmonares relacionadas a algum grau de hipóxia induzem à redução das concentrações séricas hormonais em ambos os sexos, refletindo-se sobre a função sexual. Quadros depressivos, neoplasias malignas e insuficiência cardíaca também influenciam na resposta sexual, assim como alguns medicamentos e tratamentos utilizados para essas situações.



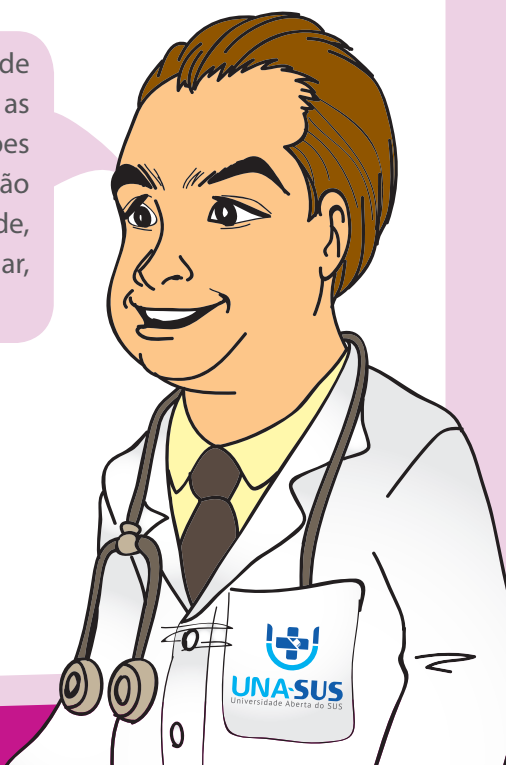
SAIBA MAIS!

Mulheres submetidas ao abuso ou violência sexual também podem apresentar dificuldades no exercício da sua plena sexualidade, especialmente em casos em que não foram devidamente acompanhadas por suporte psicológico.

Abordagem clínica

A avaliação clínica da mulher no climatério deve ser voltada ao seu estado de saúde atual e também progresso e envolve uma equipe multidisciplinar. A atenção precisa abranger além da promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência aos sintomas clínicos e possíveis dificuldades dessa fase. Podem ocorrer, concomitantemente, patologias sistêmicas, repercutindo em queixas como as dores articulares ou musculares, o ganho de peso gradativo, a depressão ou mesmo sintomas de um hipotireoidismo ainda não diagnosticado, simulado por uma coincidência na transição hormonal ovariana (BRASIL, 2008).

O médico necessita ir além de diagnosticar, tratar ou acompanhar as patologias, transtornos ou alterações ginecológicas. É preciso adotar uma visão mais global da mulher, em sua integralidade, complexidade e sensibilidade peculiar, especialmente nessa etapa de vida.



A promoção da saúde ocorre por meio da instituição de medidas para incorporar hábitos saudáveis na rotina dessa população, visando melhorar a qualidade de vida imediata, evitando assim que possam surgir doenças ou acentuar-se no climatério e na velhice.

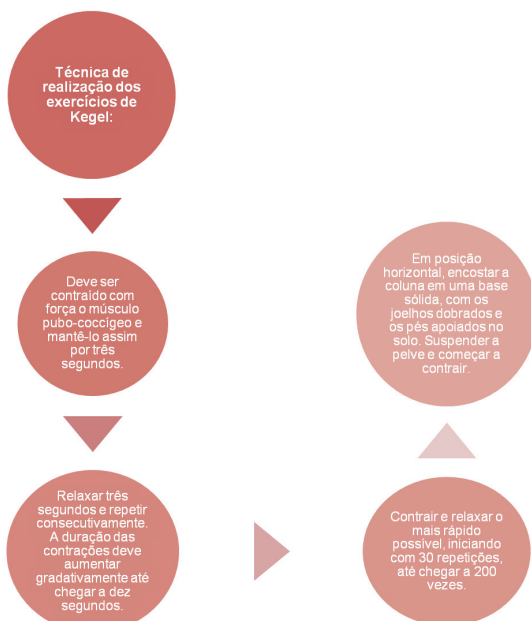
Entre as ações de promoção à saúde aplicadas ao climatério estão a adoção da alimentação saudável, estímulo à atividade física regular, implementação de medidas antitabagistas e para o controle do consumo de bebidas alcoólicas, a não violência, os cuidados quanto ao tempo e a qualidade do sono, à saúde bucal, à pele e outras recomendações de autocuidado.

O investimento no autocuidado, com medidas simples como não fumar, tomar sol pela manhã ou cuidar da pele fazem bem para a autoestima em qualquer fase da vida, especialmente no climatério, onde as pequenas mudanças, se bem conduzidas, proporcionam resultados bastante positivos. As mulheres que se mantêm ativas nas atividades de rotina, quer seja no cuidado com plantas, como no exercício das funções profissionais e sociais, apresentam menos queixas.

Prevenção e tratamento das distopias genitais

Os exercícios descritos a seguir apresentam comprovada eficácia para o reforço da musculatura do assoalho pélvico e a conservação de sua estática. A prática dos exercícios de Kegel necessita de continuidade em sua realização, que pode ser iniciada a qualquer momento, em qualquer lugar e em qualquer idade, independentemente da posição adotada (em pé, sentada ou em decúbito). Para identificar o grupo muscular a ser trabalhado, basta interromper o fluxo urinário, pois a contração será proveniente da ação desses músculos, embora seja questionada a realização dos exercícios durante a micção (BRASIL, 2008).

Os exercícios podem ser realizados e incorporados às atividades diárias, gradativamente, em relação ao tipo, à frequência e à força muscular aplicada nas contrações.



Câncer de mama

Observa-se um menor risco de câncer de mama em mulheres ativas. Há evidências convincentes do decréscimo de risco de câncer de mama com a prática de pelo menos quatro horas semanal de atividade física de intensidade moderada. Entretanto, as evidências ainda são insuficientes no que se refere à relação dose-resposta entre atividade física e o risco do câncer de mama (BRASIL, 2002).

Hipotireoidismo

A insuficiência tireoidiana tem sido cada vez mais comum entre as mulheres, com uma instalação gradativa e muitas vezes

não detectada aos exames clínicos (forma subclínica). Os sintomas não são específicos, o que muitas vezes retarda o diagnóstico. No entanto, em face de um quadro de indisposição, transtornos menstruais, metabolismo lento com tendência a aumento de peso, obstipação, queda de cabelos, ressecamento de pele, edema palpebral, há de suspeitar de hipotireoidismo. Muitas vezes, por ser de instalação lenta e gradativa, os exames laboratoriais (TSH e T4 livre) não demonstram alterações, sendo necessária a avaliação do anticorpo antitireoideano (AAT). A forma subclínica está presente em 65% da população feminina a partir dos 65 anos. A história familiar normalmente contribui para o diagnóstico (BRASIL, 2008).

Doenças cardiovasculares

Atualmente, as doenças cardiovasculares estão entre 3 das 10 mais frequentes causas de morte da população feminina. Segundo Laurenti (2002), em pesquisa realizada para o MS, o acidente vascular cerebral (AVC) lidera a lista, seguido pela hipertensão arterial (7º lugar) e pela doença isquêmica do coração (8º lugar).

Obesidade

Segundo alguns estudos, o IMC (Índice de Massa Corpórea) alcança o pico máximo entre os 50 e 59 anos. A mudança no metabolismo que acompanha o climatério ocorre à custa da redução da lipase lipoprotéica, responsável, juntamente com o estrogênio, por regular o acúmulo de gordura e sua distribuição nos tecidos. Há uma tendência ao depósito de gordura perivisceral, com o desenvolvimento de um padrão androide (abdominal) de distribuição de gordura. É frequente a diminuição das atividades físicas enquanto também ocorre uma menor necessidade calórica pelo organismo, devido à maior lentidão metabólica, com uma substituição gradativa

da musculatura por tecido adiposo. Este padrão se relaciona com um risco elevado de doenças cardiovasculares, endócrinas e neoplasias.

- O IMC normal está entre 20 e 25 e é calculado dividindo-se o peso pela altura ao quadrado (em metro) e a medida da circunferência abdominal é normal quando <80cm.

- Outro parâmetro adotado é a relação cintura/quadril, que reflete a gordura central, em que um valor acima de 0,85 reflete aumento do risco cardiovascular (BRASIL, 2008).

Diabetes Mellitus – DM

O consumo excessivo de carboidratos, principalmente os refinados, contribui para o desenvolvimento do diabetes tipo 2 ou da fase adulta, doença cuja incidência vem crescendo com o aumento de peso da população, aumentando consequentemente o risco para doenças cardíacas, hipertensão e acidentes vasculares cerebrais. O excesso de insulina pode provocar gradativamente a intolerância à glicose, reduzir o HDL colesterol e promover vasoconstrição arterial, além de regular o armazenamento de gordura no corpo e a produção de colesterol (BRASIL, 2001). Por isso, o desenvolvimento do diabetes mellitus é também um importante fator de risco para a doença cardíaca coronariana, incrementando-a de três e sete vezes, enquanto que nos homens, de duas a três vezes.

Transtornos psicossociais

Muitos fatores interferem com a gênese dos quadros psíquicos no climatério. A relação entre a falência ovariana e tais sintomas parece não ser direta. Ao contrário do transtorno disfórico pré-menstrual e dos transtornos puerperais do humor, não existe consenso sobre a existência de uma verdadeira síndrome psicoafetiva associada ao hipoestrogenismo. A exemplo, uma maior prevalência de transtorno depressivo unipolar no sexo feminino ocorre durante

os primeiros anos reprodutivos da mulher em relação aos homens. Após a menopausa, quando os níveis estrogênicos estão baixos, mas constantes, não há diferença significativa na prevalência de depressão entre os sexos. Deve ser considerado o histórico de síndrome depressiva como fator de risco para a intensidade dos sintomas físicos (fogachos) e das alterações de humor perimenopáusicas. A influência de fatores extrínsecos (alimentação, exercício físico, atividade ocupacional, social, lazer, etc.) e aspectos socioculturais podem determinar as diferenças dos sintomas psíquicos (BRASIL, 2008).

Quando ocorrem, os mais frequentes são: tristeza, desânimo, cansaço, falta de energia, humor depressivo, ansiedade, irritabilidade, insônia, déficit de atenção, concentração e memória, anedonia (perda do prazer ou interesse), diminuição da libido. Estes sintomas variam na frequência e intensidade, de acordo com os grupos etário e étnico, além da interferência dos níveis social, econômico e educacional. Nas culturas onde as mulheres no período do climatério são valorizadas e nas quais elas possuem expectativas positivas em relação ao período após a menopausa, o espectro sintomatológico é bem menos intenso e abrangente (BRASIL, 2008).

Osteoporose

A osteoporose é definida como uma doença sistêmica progressiva que leva a uma desordem esquelética, caracterizada por força óssea comprometida, predispondo a um aumento do risco de fratura. Força óssea primariamente reflete integração entre densidade e qualidade óssea (EIFEL, 2001). A instalação da osteoporose resulta de anos de perda óssea. Pode ser classificada em primária, quando não apresenta causa bem definida, e secundária, nos casos em que é identificada sua etiologia. Em conformidade com o Ministério da Saúde, as possíveis causas de osteoporose secundária, são (BRASIL, 2008):

Quadro 1 – Causas da osteoporose secundária.

ENDOCRINOPATIAS	OUTRAS PATOLOGIAS QUE AFETAM O METABOLISMO ÓSSEO
<ul style="list-style-type: none">• Hiperparatireoidismo• Tireotoxicose• Condições de hipoestrogenismo após a menopausa (fisiológica, cirúrgica ou iatrogênica)• Hipogonadismo• Hipertireoidismo• <i>Diabetes mellitus</i>• <i>Hiperprolactinemia, prolactinoma</i>• Hiper cortisolismo• Síndrome de Cushing	<ul style="list-style-type: none">• <i>Desnutrição</i>• <i>Neoplasias produtora de paratohormônio</i>• <i>Uso prolongado de corticóides, heparina, anticonvulsivantes.</i>• <i>Anorexia nervosa</i>• <i>Doença pulmonar obstrutiva crônica</i>• <i>Doenças hematológicas/ infiltrativas da medula como mastocitose, mieloma, leucemias e linfomas.</i>• <i>AIDS</i>• <i>Doenças renais</i>• <i>Doenças do aparelho conjuntivo, como artrite reumatóide, osteogênese imperfecta</i>• <i>Doenças gastrointestinais, como síndrome de má-absorção, doença inflamatória intestinal, doença celíaca e colestase</i>• <i>Pós-transplantes</i>• <i>Imobilização prolongada</i>

Evidências sugerem que se medidas preventivas forem adotadas, a incidência de osteoporose pode cair dramaticamente. A prevenção deve começar na infância, com a realização de exercícios com frequência regular, associada a uma dieta equilibrada e rica em cálcio e exposição regular ao sol (que converte a pró-vitamina D3 em vitamina D3), além da melhoria das condições de equilíbrio e visão. Se essas medidas forem tomadas, todos os indivíduos atingirão o seu potencial máximo de aquisição de massa óssea. Desse modo, com a chegada da menopausa ou se houver necessidade de utilizar drogas que aumentam a reabsorção óssea, o indivíduo terá uma reserva óssea adequada, mantendo os ossos mais resistentes.

O tratamento da osteoporose também inclui dieta, atividade física, exposição solar, além das medidas preventivas de quedas e uso de medicamentos. No uso de medicamentos, o mecanismo de ação de cada droga deve ser avaliado para a escolha ideal. Os mais utilizados são os inibidores da reabsorção óssea, que podem ser utilizados isoladamente ou como terapia adjuvante. No caso da osteoporose secundária, além das medidas citadas anteriormente, a terapia deverá ser direcionada à doença de base estabelecida.

SAIBA MAIS!

Obtenha mais informações sobre osteoporose em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf

Atenção à saúde da mulher em situação de violência doméstica e sexual

Mulheres em situação de violência são usuárias assíduas dos serviços de saúde. Em geral, são tidas como “poliqueixosas”, por suas queixas vagas e crônicas, com resultados normais em investigações e exames realizados (BRSIL, 2001b).

As mulheres em situação de violência sexual devem ser informadas, sempre que possível, sobre tudo que será realizado em

cada etapa do atendimento e a importância de cada medida. Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento.

Deve-se oferecer atendimento psicológico e medidas de fortalecimento à mulher e adolescente, ajudando-as a enfrentar os conflitos e os problemas inerentes à situação vivida.

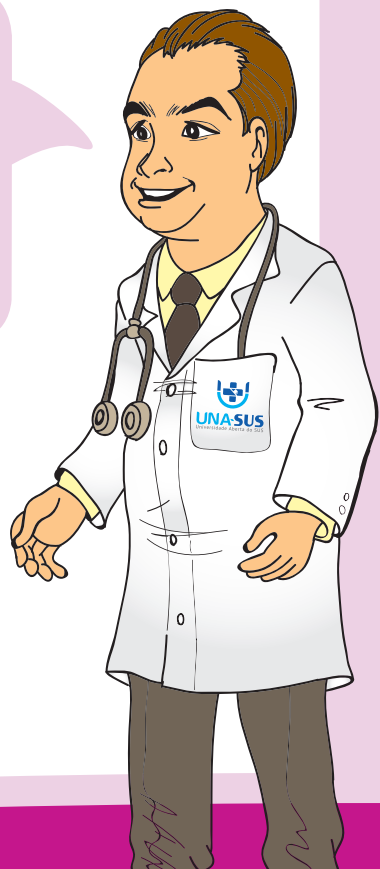


O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Por acolher, entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos (as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência. A humanização dos serviços demanda um ambiente acolhedor e de respeito à diversidade, livres de quaisquer julgamentos morais.

REFLITA COMIGO!

Como fazer para contribuir para a reestruturação emocional e social da mulher, que é um componente importante que deve ser observado por **todos os membros da equipe de saúde**, em todas as fases do atendimento? Todos os profissionais de saúde, **inclusive o médico**, têm responsabilidade na atenção às pessoas que se encontram nessa situação.

É necessário que o médico realize o exame físico completo, exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação do provável autor(a) da agressão e que seja preenchida a “Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências”(BRASIL, 2011b).



SAIBA MAIS!

Leia o Manual Instrutivo da Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências. Acesse:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_instrutivo_not_viol_domestica_sexual_e_out.pdf

• **Exames importantes:**

- Teste rápido de HIV;
- Exame de sangue para diagnóstico de hepatite e DSTs;
- Exame bacterioscópico e cultura da secreção vaginal.
- Hemograma e dosagem de transaminases (somente para as mulheres que iniciaram a profilaxia com antirretrovirais, devendo ser solicitados no primeiro atendimento e repetidos após duas semanas de uso da profilaxia antirretroviral e a critério clínico).

A primeira entrevista da mulher deve atentar para o registro de alguns dados específicos, conforme o quadro 2.

Quadro 2 – Título.

HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA	
Registrar em prontuário:	
1.	Local, dia e hora aproximada da violência sexual.
2.	Tipo(s) de violência sexual sofrido(s).
3.	Forma(s) de constrangimento utilizada(s).
4.	Tipificação e número de autores da violência.
5.	Órgão que realizou o atendimento.

PROVIDÊNCIAS INSTITUÍDAS

Verificar eventuais medidas prévias:

1. Atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas realizadas.
2. Realização do Boletim de Ocorrência Policial.
3. Realização do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal.
4. Comunicação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes).
5. Outras medidas legais cabíveis.

ACESSO À REDE DE ATENÇÃO

Verificar o acesso e a necessidade da mulher às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se a questão de abrigos de proteção.

- Casas-abrigo
- Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
- Defensorias da Mulher
- Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher
- Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180
- Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS)
- Centro de Educação e Reabilitação do Agressor

Fonte: (BRASIL, 2010a)

LEIA TAMBÉM!

http://www.campanhapontofinal.com.br/download/informativo_03.pdf

Traumas físicos

Na ocorrência dos traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, é necessário avaliar cuidadosamente as medidas clínicas e cirúrgicas que atendam às necessidades da mulher, o que pode resultar na necessidade de atenção de outras especialidades médicas.

Embora a mulher em situação de violência sexual possa sofrer grande diversidade de danos físicos, os hematomas e as lacerações genitais são os mais frequentes. Nas lesões vulvo-perineais superficiais e sem sangramento deve-se proceder apenas com assepsia local. Havendo **sangramento**, indica-se a sutura com fios delicados e absorvíveis, com agulhas não traumáticas. Na presença de **hematomas**, a aplicação precoce local de bolsa de gelo pode ser suficiente. Quando instáveis, os hematomas podem necessitar de drenagem cirúrgica. Na ocorrência de **traumatismos físicos**, deve-se considerar a necessidade de profilaxia do tétano, avaliando-se o *status* vacinal da mulher (BRASIL, 2001a).

NÃO ESQUEÇA!

Os danos físicos, genitais ou extragenitais devem ser cuidadosamente descritos em **prontuário médico**. Se possível, os traumatismos físicos devem ser fotografados e também anexados ao prontuário. Na indisponibilidade desse recurso, representações esquemáticas ou desenhos podem ser utilizados e igualmente incluídos no prontuário.

Questões éticas e legais

É necessária uma abordagem intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar na atenção à violência contra a mulher e o adolescente, com importante interface com questões de direitos humanos, questões policiais, de segurança pública e de justiça. Por meio da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis,

o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), objetivando conhecer a magnitude e a gravidade das causas externas e implementar ações de prevenção de violências e de promoção da cultura de paz e, consequentemente de diminuir o impacto das violências e dos acidentes no perfil de morbimortalidade da população (BRASIL, 2010a).

A notificação das violências tem como instrumento de coleta a “Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências” (Anexo), que retrata, minimamente, o perfil das violências perpetradas contra as mulheres e os adolescentes, a caracterização das pessoas que sofreram violências e dos(as) prováveis autores(as) de agressão. Os dados coletados por meio desta ficha são processados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Todo o roteiro para notificação de situações de violência poderão ser encontradas no VIVA: Instrutivo da Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências (BRASIL, 2011b).

Essa ficha deve ser utilizada para a notificação compulsória de **qualquer caso suspeito ou confirmado** de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra mulheres, independente de faixa etária, de acordo com a Lei 10.778/2003, o Decreto-Lei nº 5.099/2004 e a Portaria MS/GM nº 2.406/2004 (BRASIL, 2012).

IMPORTANTE!

Não há impedimento legal ou ético para que o(a) médico(a), ou outro/a profissional de saúde preste a assistência que entender necessária, incluindo-se o exame ginecológico e a prescrição de medidas de profilaxia, tratamento e reabilitação. A gravidade da circunstância e os riscos que a violência sexual impõe para a mulher exigem o rigoroso cumprimento da atenção em saúde. A assistência à saúde da pessoa que sofre violência sexual é prioritária e a recusa infundada e injustificada de atendimento pode ser caracterizada, ética e legalmente, como omissão.

O atendimento de pessoas em situação de violência sexual exige o cumprimento dos **princípios de sigilo**, de ética e segredo profissional. A Constituição Federal, artigo 5º, garante que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação”. O artigo 154 do Código Penal Brasileiro caracteriza como crime “revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem” (BRASIL, 1988).

IMPORTANTE!

Da mesma forma, o Código de Ética Médica, artigo 103, estabelece que “é vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

FIQUE POR DENTRO! Acesse:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf

Anticoncepção de emergência (ACE)

O risco de gravidez, decorrente dessa violência, varia entre 2 a 4% considerando-se a aleatoriedade da violência em relação ao período do ciclo menstrual, bem como se a violência foi um caso isolado ou se é uma violência continuada. Os danos por ela provocados podem ser evitados, em muitos casos, com a utilização da Anticoncepção de Emergência (AE). O método anticonceptivo pode prevenir a gravidez forçada e indesejada utilizando compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo (BRASIL, 2001b).

Os gestores de saúde têm a responsabilidade de garantir a disponibilidade e o acesso à AE.

A AE deve ser prescrita para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa. A AE é desnecessária se a mulher ou a adolescente estiver usando regularmente método anticonceptivo de elevada eficácia no momento da violência sexual, a exemplo do anticoncepcional oral ou injetável, esterilização cirúrgica ou DIU. Obviamente também só se aplica se houve ejaculação vaginal, pois em caso de coito oral ou anal não é necessária. A



AE hormonal constitui o método de eleição devido seu baixo custo, boa tolerabilidade, eficácia elevada e ausência de contraindicações absolutas.

Administração da medicação

O método de primeira escolha da AE hormonal consiste no uso exclusivo de um progestágeno, o levonorgestrel, na dose total de 1,5 mg. Nas apresentações comerciais contendo dois comprimidos, cada um com 0,75 mg de levonorgestrel, recomenda-se o uso de dois comprimidos, via oral, em dose única. Nas apresentações com um comprimido de 1,5 mg de levonorgestrel, recomenda-se o uso de um comprimido, via oral, em dose única. A AE deve ser realizada quanto antes possível, dentro do limite de cinco dias da violência sexual. Outro método de AE, conhecido como Regime de Yuzpe, utiliza anticonceptivos hormonais orais combinados (AHOC) de uso rotineiro em planejamento familiar, conhecidos como “pílulas anticoncepcionais” (BRASIL, 2011c).

Quadro 3 - Métodos de Anticoncepção de Emergência Hormonal.

MÉTODO	DOSE	VIA	OBSERVAÇÃO
LEVONORGESTREL Primeira Escolha	0,75mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	2 comprimidos dose única
	1,5mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	1 comprimido dose única
MÉTODO DE YUZPE Segunda Escolha	AHOC com 0,05mg de etinil-estradiol e 0,25mg de levonorgestrel por comprimido .	Oral	2 comprimidos cada 12 horas – total de 4 comprimidos
	AHOC com 0,03mg de etinil-estradiol e 0,15mg de levonorgestrel por comprimido.	Oral	4 comprimidos cada 12 horas – total de 8 comprimidos

Fonte: (BRASIL, 2001b).

SAIBA MAIS, Acessando:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_Levonorgestrel_anticoncepcao_hormonal_emergencia.pdf

Segurança e contraindicações

Mulheres e adolescentes podem usar a AE com segurança, mesmo aquelas com contraindicação aos AHOC. A única contraindicação absoluta da AE, categoria 4 da OMS, é a gravidez confirmada. Antecedente de acidente vascular cerebral, tromboembolismo, enxaqueca severa ou diabetes com complicações vasculares são classificados na categoria 2, que recomenda precauções apenas para o método de Yuzpe. Nesses casos, a AE deve ser realizada com o levonorgestrel. A segurança da AE se explica pelo tempo muito curto de tratamento e pela baixa dose hormonal total administrada, dentro de limites farmacológicos aceitáveis. Eventos graves, como o tromboembolismo e acidente vascular, têm risco pequeno e menor que o verificado para usuárias de AHOC (BRASIL, 2001b).

CONHEÇA MAIS, ACESSANDO:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf

Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis não virais

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) adquiridas em decorrência da violência sexual podem implicar graves consequências físicas e emocionais. A prevalência de DST em situações de violência sexual é elevada e o risco de infecção depende de diversas variáveis, como o tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral), o número de agressores, o tempo de exposição (única, múltipla ou crônica), a ocorrência de traumatismos genitais, a idade e susceptibilidade

da mulher, a condição himenal, a presença de DST e a forma de constrangimento utilizada pelo agressor (BRASIL, 2011d).

A profilaxia das DSTs não virais em mulheres que sofreram violência sexual visa aos agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante. Está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade da mulher.

O esquema recomendado para mulheres adultas e adolescentes é composto por penicilina benzatina, ceftriaxona e azitromicina. Conheça a **posologia** em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf

Gravidez decorrente de violência sexual

A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. É direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro (BRASIL, 1940).

SAIBA MAIS! Acesse:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARROS, A.C.S.D.; BARBOSA, E.M.; GEBRIM, L.H. Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. In: Associação Médica Brasileira. Conselho Federal de Medicina. **Projeto Diretrizes**. Brasília: AMB, CFM, 2001. p. 1-15.

BARROS, Sonia Maria Oliveira. **Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal**. Barueri, SP: Manole, 2006.

BEREK, Jonathan S. **Tratado de ginecologia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 199p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. Portaria Nº. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 26 mar. 2013.

_____. _____. Portaria nº 2.406/GM, de 5 de novembro de 2004. Institui o Serviço de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/>>

PORTARIAS/Port2004/Gm/2406.htm>. Acesso em: 26 mar. 2013.

_____. _____. Portaria Nº. 569, de 1 de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1, p.4-6. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atendimento-humanizado/Portaria_569.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre o câncer de mama**. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, INCA, 2002. 66 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_cancer_mama1.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013

_____. _____. _____. **Controle do câncer de mama:** documento de consenso. Rio de Janeiro, RJ: INCA, CONPREV, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas:** recomendações para profissionais de saúde. 2.ed.Rio de Janeiro: INCA, 2006b. 65p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 124p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_mama.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **HIV/Aids, hepatites e outras DST.**

Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 196 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad18.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Saúde da criança: nutrição infantil:**

aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 112 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.**

Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 300p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

<http://pt.scribd.com/doc/66843150/29/METODOS-ANTICONCEPCIONAIS> Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Anticoncepção de emergência:**

perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 44 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – caderno ; 3). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Iniciativa Hospital Amigo da**

Criança. Brasília, 2010b. 18p. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorioihacatualizado.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Rede Amamenta Brasil.** Brasília, DF,

2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>

[cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=30133](#). Acesso em: 25 mar. 2003.

_____. _____. _____. **Promovendo o aleitamento materno:** álbum seriado. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2007. 18p. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2003.

_____. _____. _____. **Saúde integral de adolescentes e jovens:** orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 44 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> >. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Pré-natal e puerpério:** atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 163 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5). Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf >. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9). Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf >. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Humanização:**

formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 1). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:**

norma técnica. 3. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 124 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. (C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rename_2008.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2013.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar:** orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 96 p. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8) (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2013

_____. _____. _____. **Assistência em planejamento familiar:** manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

150 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.40). Disponível em: <
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>.
Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Viva**: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 138 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_2008_2009_30_11_2010.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Viva**: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 72 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_instrutivo_not_viol_domestica_sexual_e_out.pdf. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. _____. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST**. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.140p. (Série Manuais n. 68). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2013.

_____. Presidência da República. Lei Nº. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República**

Federativa do Brasil, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 20 mar. 2003.

_____. _____. Lei n. 11.634, 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. Lei n. 9263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm >. Acesso em: 26 mar. 2013.

_____. _____. Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. _____. Lei Nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm. Acesso em: 26 mar. 2013.

_____. _____. Decreto Federal nº 5.099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui

os serviços de referência sentinela. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 jun. 2004. Disponível em: < http://www2.oabsp.org.br/asp/clipping_jur/ClippingJurDetalhe.asp?id_noticias=15619&AnoMes=20046>. Acesso em: 26 mar. 2013.

CARVALHARES, M.A.B.L.; CORRÊA, C.R.H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **J Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 79, n.1, p.13-20, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.246/88, de 8 de janeiro de 1988. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jan. 1988. Seção I, p. 1574-1579. Disponível em: http://www.crpmi.com.br/pdf/codigo_etica_medica.pdf. Acesso em: 25 mar. 2013.

_____. Resolução CFM Nº1931/2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, p. 90. Retificação publicada em 13 out. 2009. Seção I, p.173. Disponível em: < <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz; JANNUZZI, Paulo de Martino. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006.

282p. cap.1. 62p. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/indicadores.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2013.

DE SANJOSÉ, S. et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. **The Lancet infectious diseases**, New York, v.7, n.7, p.453-459, jul. 2007.

EIFEL, P. et al. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. **JAMA**, v. 285, n.6, p. 785-95, feb. 2001. Disponível em: <http://>

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11438563. Acesso em: 25 mar. 2023.

FALEIROS, Francisca Teresa Veneziano; TREZZA, Ercília Maria Carone; CARANDINA, Luana. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.** [online], v.19, n.5, p. 623-630, 2006.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Projeto Diretrizes:** assistência pré-natal. 2006. Disponível em: [http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/3/3/033Assistencia Pre Natal.pdf](http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/3/3/033Assistencia%20Pre%20Natal.pdf)Acesso em: 25 mar. 2013.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2006.

IACONELLI, Vera. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna.

Revista Pediatria Moderna, v. 41, n. 4, jul./ago. 2005. Disponível em: < [http://www.institutogerar.com.br/artigos/21_ARTIGO %20DPP,%20PSICOSE%20P%C3%93S%20PARTO%20E%20TRISTEZA%20MATERNA.pdf](http://www.institutogerar.com.br/artigos/21_ARTIGO_%20DPP,%20PSICOSE%20P%C3%93S%20PARTO%20E%20TRISTEZA%20MATERNA.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2013.

INCA. **Tipos de câncer:** mama. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

INCA. **Tipos de câncer:** mama. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 19 mar. 2013.

_____. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo**

do Útero: fatores de risco. Rio de Janeiro, RJ: INCA, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/fatores_risco>. Acesso em: 26 mar. 2013.

LAURENTI, Ruy. Mortalidade materna nos países sub-desenvolvidos ou em desenvolvimento. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.48, n.1, jan./mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302002000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 mar. 2013.

MARIANI NETO, Corintio. **Manual de orientação:** aleitamento materno 2006. São Paulo: Ponto, 2006.

NEME, B. **Obstetrícia básica.** São Paulo: Sarvier, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Escola Bloomberg de Saúde Pública. **Planejamento familiar:** um manual global para profissionais e serviços de saúde. Baltimore, Genebra: CPC, OMS, 2007. Disponível em: < http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADL195.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2013.

PORTAL DA SAÚDE. **Diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha.** 2013. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082>. Acesso em: 26 mar. 2013.

PORTAL DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA. **Contracepção de emergência.** Disponível em: <http://www.apf.pt/?area=001&mid=002&sid=004>. Acesso em: 26 mar. 2013.

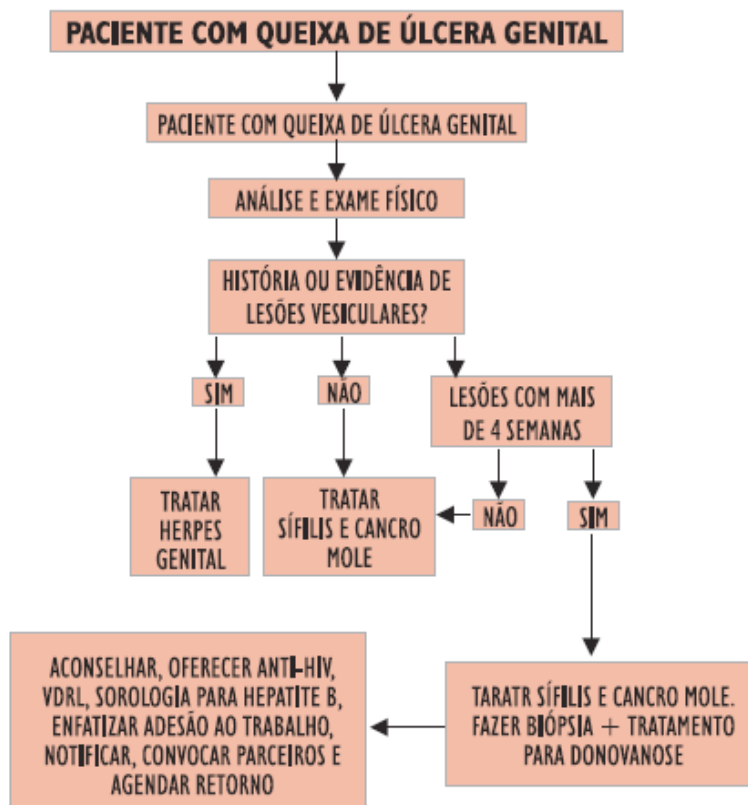
SALES, Acilegna do Nascimento et al. Mastite puerperal: estudo de fatores predisponentes. **Rev. Bras. Ginecol.**

Obstet. Rio de Janeiro, v.22, n.10, nov./dec. 2000. Disponível em:
< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032000001000005#fig1>. Acesso em: 25 mar. 2013.

ANEXO

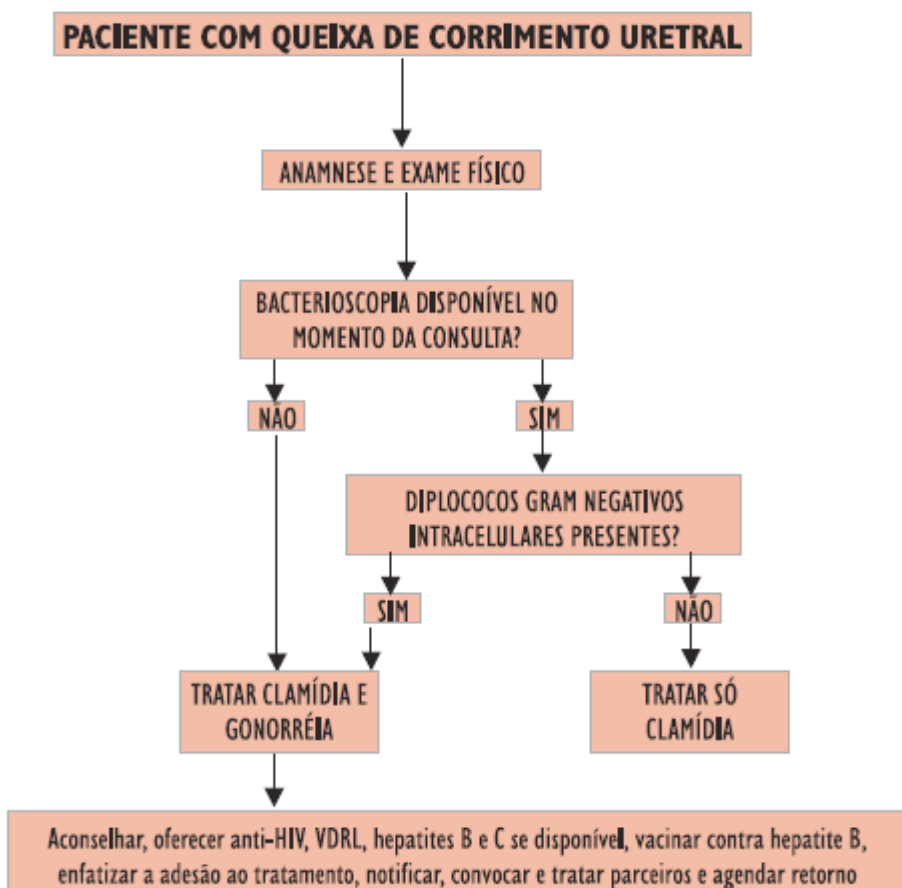
ANEXOS

ANEXO A – Úlcera genital.



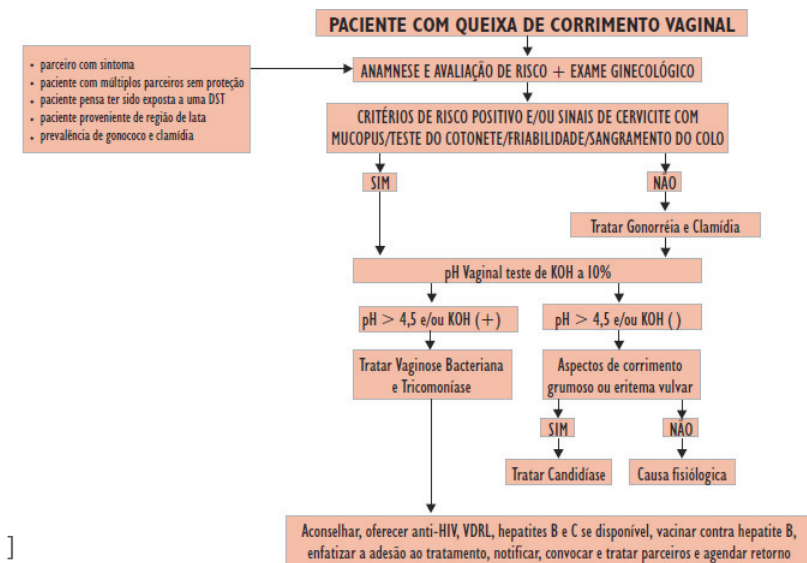
Fonte: BRASIL, 2006.

ANEXO B – Corrimento uretral.

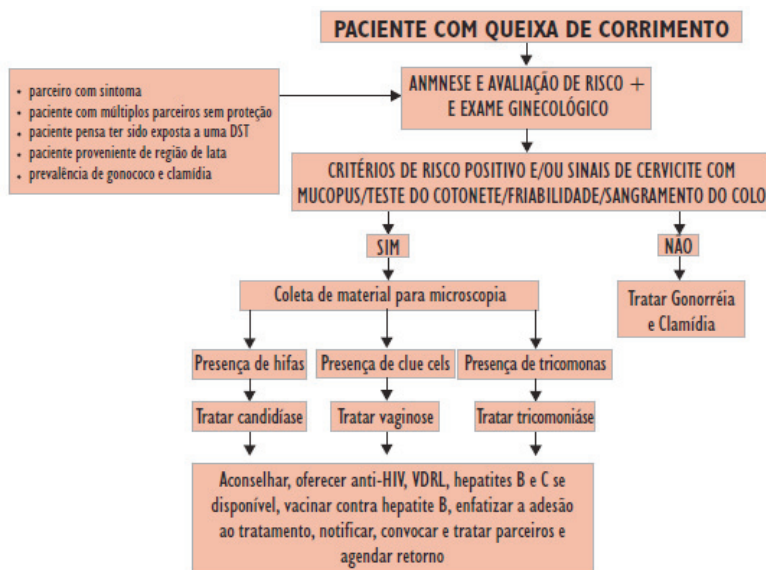


Fonte: BRASIL, 2006.

ANEXO C - Corrimento vaginal e Cervicite sem microscopia.

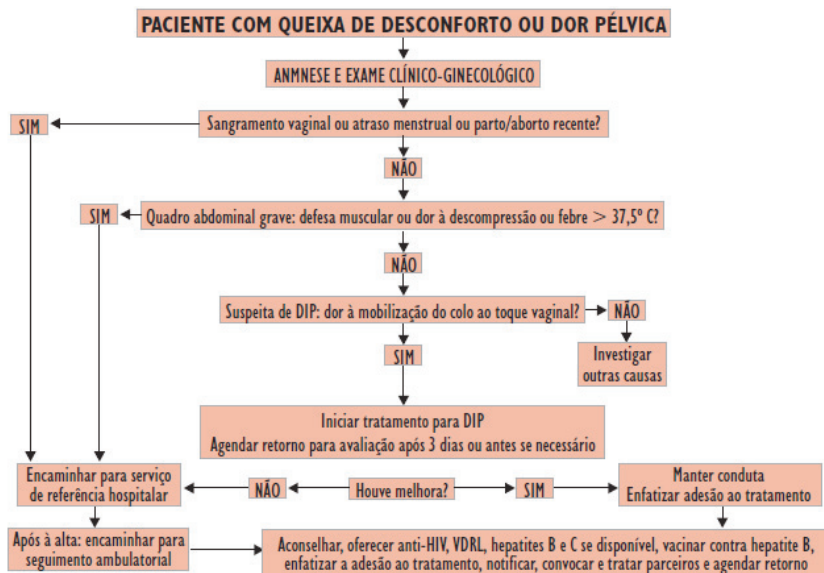


Corrimento vaginal e cervicite com microscopia



Fonte: (BRASIL, 2006).

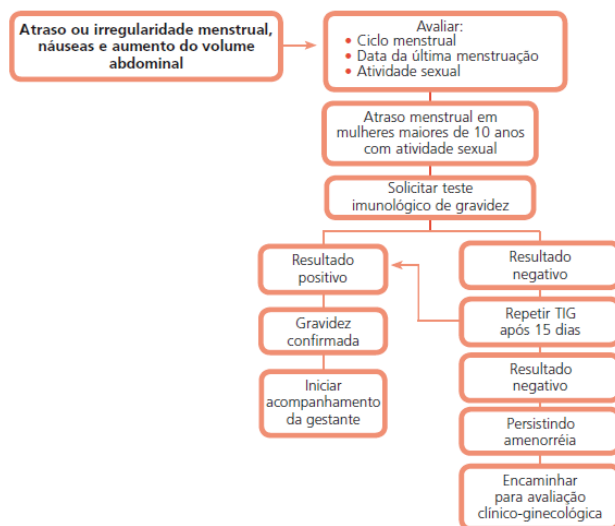
ANEXO D - Dor pélvica.



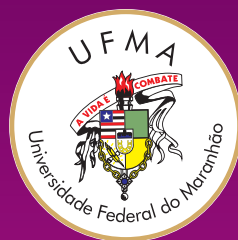
Fonte: (BRASIL, 2006).

ANEXO E - Fluxograma para diagnóstico da gravidez.

FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-natal e puerpério**. 2006.



www.unasus.ufma.br